



MEDICAL MARKET



Prof. univ. dr. Șerban Berțeșteanu

Președintele Societății de Otorinolaringologie și Chirurgie Cervico-Facială

ORL

Revista profesioniștilor din Sănătate

2021 - 2022



Prof. Dr. Caius- Codruț Sarafoleanu

Secretar general al Societății Române de Rinologie



Dr. Doina Azoicai

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași



Dr. Daniela Vrînceanu

Medic primar O.R.L., Doctor în Științe Medicale



Dr. Daniel Mirea

Medic primar ORL, Spitalul Universitar de Urgență Elias



Dr. Toader Miorița

Medic primar ORL, Dr. șt. med., Spitalul Clinic de Urgență Pentru Copii „Grigore Alexandrescu”



SOLUȚII COMPLETE PENTRU LARINGECTOMII



COMPENSARE CAS

- FILTRE HME
- CANULE TRAHEALE
- BUTOANE FONATORII
- LARINGOFOANE

☎ 031/9111

www.clarfon.ro
www.canule-traheale.ro

PROVOX®

Atos Medical Your voice

SPRAY NAZAL, SUSPENSIE

BIORINIL

 **Théa**
let's open our eyes

COMPENSAT 100% Lista C3

Două substanțe active, mecanism dublu de acțiune:

1 **BETAMETAZONĂ**
0,5 mg/ml

Acțiune
antiinflamatoare
puternică¹

2 Clorhidrat de
TETRIZOLINĂ
1 mg/ml

Acțiune
decongestionantă
prelungită²

Eficacitate dovedită în³:

✓ Rinite acute ✓ Rinite subacute ✓ Rinosinuzite ✓ Rinofaringite



(1) Adrenal Cortical Steroids. In Drug Facts and Comparisons. 5th ed. St. Louis, Facts and Comparisons, Inc.: 122-128, 1997

(2) D.M.Gordon, Data on file, Hutcheon 1954

<https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/597664>

AMA Arch Otolaryngol. 1955;62(2):143-144. doi:10.1001/archotol.1955.03830020025005

(3) https://www.anm.ro/_RCP/RCP_7569_28.04.15.pdf

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală PRE. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor în domeniul sănătății.

Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați RCP-ul produsului, disponibil pe site-ul ANM-DM, accesând următorul link: https://www.anm.ro/_RCP/RCP_7569_28.04.15.pdf

DAPP: THEA FARMA S.p.A. Via Giotto, 36, 20145 Milano, Italia. Numărul autorizației de punere pe piață: 7569/2015/01.

**DOVEDIT
CLINIC** ⁽¹⁻⁶⁾

Arlevert[®]

Sinergie pentru un echilibru perfect

cinarizină 20 mg și dimenhidrinat 40 mg



DENUMIREA COMERCIALĂ: ARLEVERT[®]

COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ: Un comprimat conține cinarizină 20 mg și dimenhidrinat 40 mg. **INDICAȚII TERAPEUTICE:** Vertij de diferite etiologii. **DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE:** Doza zilnică recomandată este de câte un comprimat Arlevert de 3 ori pe zi, administrat după mese, fără a fi mestecat, cu o cantitate suficientă de lichid. La începutul tratamentului și în cazurile grave, doza poate fi crescută până la maximum 5 comprimate Arlevert pe zi. Administrarea Arlevert poate fi necesară o perioadă îndelungată. **CONTRAINDICAȚII:** Administrarea Arlevert este contraindicată în caz de: intoxicații acute, convulsii, suspiciunea existenței unor formațiuni intracraniene înlocuitoare de spațiu, glaucom cu unghi închis, adenom de prostată ce determină retenție urinară, consum de etanol, tratament cu antibiotice aminoglicozidice, prematuri sau nou-născuți, sarcină, alăptare. **ATENȚIONĂRI ȘI PRECAUȚII SPECIALE:** Administrarea Arlevert la pacienții cu boală Parkinson trebuie făcută cu precauție. **INTERACȚIUNI CU ALTE PRODUSE MEDICAMENTOASE, ALTE INTERACȚIUNI:** Arlevert nu trebuie administrat în asociere cu inhibitorii monoaminoxidazei. Reacțiile adverse anticolinergice sunt potențate de administrarea concomitentă a antidepresivelor triciclice și a parasimpatoliticeilor. Medicamentele cu acțiune deprimantă asupra sistemului nervos central și etanolul pot potența efectele deprimante centrale ale Arlevert. Administrarea concomitentă a medicamentelor ce cresc tensiunea arterială sau a antihipertensivelor trebuie făcută cu precauție. Sunt necesare monitorizarea tensiunii arteriale și ajustarea dozei administrate. Efectul procarbazinei este potențat. Efectele glicocorticoizilor și heparinei pot fi diminuate. Arlevert diminuează tulburările de motilitate induse de fenotiazină (sindrom extrapiramidal). **REAȚII ADVERSE:** În timpul administrării Arlevert pot să apară, mai puțin frecvent, sedare, tulburări neurologice centrale, xerostomie, micțiune dificilă, tulburări vizuale, glaucom (glaucom cu unghi îngust) precum și reacții de hipersensibilitate (de exemplu reacții cutanate), rareori, tulburări gastro-intestinale, cefalee și transpirații și, foarte rar, lupus eritematos și lichen plan. În cazuri izolate pot să apară agranulocitoză și leucopenie reversibile. În cazuri rare pot să apară tulburări ale mișcărilor automate (ale sistemului extrapiramidal) precum tremor, creșterea tonusului muscular, hipokinezie; acestea apar mai ales la vârstnici, după administrarea unor doze mai mari, de exemplu peste 150 mg cinarizină pe zi (doza zilnică maximă recomandată de 5 comprimate Arlevert conține 100 mg cinarizină). În acest caz tratamentul trebuie întrerupt și medicul va decide dacă va fi reluat ulterior cu o doză redusă. La copii, mai ales în caz de supradozaj, pot să apară semne de excitație centrală. **RAPORTAREA REACȚIILOR ADVERSE SUSPECTATE** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale. **DETINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIATĂ:** Hennig Arzneimittel GmbH & Co. KG Liebigstrasse 1-2, 65439 Flörsheim am Main, Germania NUMĂRUL APP: 11458/2019/01-02-03-04-05-06 **DATA AUTORIZĂRII SAU A ULTIMEI REAUTORIZĂRI:** Reautorizare, Februarie 2019 **DATA REVIZUIRII TEXTULUI:** Februarie 2019

Acesta este un medicament care se eliberează cu prescripție medicală P-RF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați RCP-ul sau contactați reprezentantul local al DAPP – EWOPHARMA AG ROMANIA cu datele de contact alăturate. Protecția datelor personale: Ewopharma AG Reprezentantă în România prelucrează datele de caracter personal furnizate de profesioniștii din domeniul sănătății pentru scopuri legate de promovare directă și menținerea contactelor, în baza unui interes legitim. În acest context, puteți accesa mai multe informații la adresa <https://www.ewopharma.ro/poliitica-de-confidentialitate/> sau vă puteți adresa la adresa gdpr@ewopharma.ro cu orice solicitare legată de protecția datelor.

1. Arne-Wulf Scholtz, Justus Ilgner, Benjamin Loader, Bernd W. Pritschow, Gerhard Weisshaar - Cinnarizine and dimenhydrinate in the treatment of vertigo in medical practice. Wien Klin Wochenschr (2016) 128:341–347; 2. A.W. Scholtz, A. Hahn, D. Medzhidievac, B.W. Pritschow, G. Weisshaar - Treatment of Peripheral-Vestibular Vertigo Associated with Meniere's Syndrome: Fixed Combination Product of Cinnarizine and Dimenhydrinate versus Betahistine. ENT Clinic, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria; bENT Clinic, Charles University, Prague, Czech Republic; cENT Clinic, Medical University of Sofia - St. Ivan Rilski Hospital, Bulgaria; Hennig Arzneimittel, Flörsheim, Germany. Kongress der DGN 21.-24. Sept. 2016, Abstracts IP435; 3. Ćirek Z, Schwarz M, Baumann W, Novotny M. - Efficacy and tolerability of a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate versus betahistine in the treatment of otogenic vertigo – A double-blind, randomised clinical study. Clin Drug Invest 2005; 25: 1-11; 4. Keßler L, Bogner-Steinberg I, Baumann W, Skurczyński, W - Treatment of vestibular vertigo. Archives of Sensology and Neurology in Science and Practice volume 7, 2012; 5. Scholtz, A et al. - Efficacy and safety of a fixed combination of cinnarizine 20 mg and dimenhydrinate 40 mg vs betahistine dimesylate 12 mg in patients with acute vestibular vertigo. A randomized, double-blind, active-controlled, parallel-group, single-centre clinical study. Clin Drug Investig 2012; 32 (6): 387-399; 6. Schremmer D, Bogner-Steinberg I, Baumann W, Pytel J. Efficacy and tolerability of a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate in treatment of vertigo – Analysis of data from five randomised, double-blind clinical studies. Clin Drug Invest 1999; 18 (5): 355-368



Consultant medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie
Editor
 Calea Rahovei, nr. 266-268,
 Sector 5, București,
 Electromagnetica Business Park,
 Corp 01, et. 1, cam. 4
 Tel: 021.321.61.23
 e-mail: redactie@finwatch.ro ISSN 2286 - 3443



„Calitatea vieții începe să devină un parametru din ce mai important în lumea occidentală în abordarea terapeutică a pacientului oncologic ORL” Interviu realizat cu Prof. univ. Dr. Șerban Berteșteanu	6
Evoluția chirurgiei endoscopice în ORL este spectaculoasă Prof. Dr. Caius- Codruț Sarafoleanu	8
Importanța vaccinării pentru reducerea consecințelor infecțiilor pneumococice în patologia otorinolaringologică (ORL) Prof. Univ. Dr. Doina Azoicăi Asist. univ. Dr. Alice Nicoleta Azoicăi	12
„La Spitalul Universitar de Urgență București am format un Compartiment ORL practic de la zero, în urmă cu 17 ani” Interviu cu Dr. Daniela Vrînceanu	20
Trauma sonoră Dr. Toader Miorița, Dr. Toader Corneliu	26
Disfagia asociată traumatismelor cervicale complexe Dr. Daniel Mirea	28
Tinitusul, tot mai aproape de a fi deslușit Dr. Lukacs-Juncu Alice	34



OTORINOLARINGOLOGIE

ENDOSCOAPE RIGIDE ȘI FLEXIBILE

TIMBERSTAR a fost înființată în 2007 și deține o experiență de mai bine de 14 ani în domeniul medical.

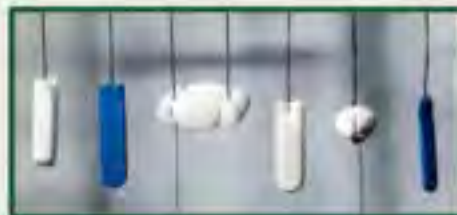
Credem cu tărie că, datorită principiilor noastre, oferim clienților produse și aparatură medicală premium, servicii de consultanță, reparații și soluții buy-back.

Calitate pe care vă puteți baza!



OTORINOLARINGOLOGIE

CONSUMABILE ȘI INSTRUMENTAR CHIRURGIE



„Calitatea vieții începe să devină un parametru din ce mai important în lumea occidentală în abordarea terapeutică a pacientului oncologic ORL”

Interviu realizat cu Prof. univ. dr. Șerban Berteșteanu, Președintele Societății de Otorinolaringologie și Chirurgie Cervico-Facială (SORLCCF)

Stimate domnule profesor, se cunoaște faptul că SORLCCF a adoptat ghidul de practică al pacientului oncologic ORL produs de Societatea Franceză de ORL. Vă rog să ne spuneți pe scurt câteva practici noi, conform acestor ghiduri, care aduc beneficii în tratarea pacienților?

Încă de la începutul pandemiei ne-am pus întrebarea firească: Ce se întâmplă cu pacienții oncologici? Am trăit și încă trăim sub frica contaminării cu virusul SARS-COV2. La începutul lunii martie, în starea de urgență, toate spitalele și-au închis porțile pentru majoritatea pacienților, cu excepția urgențelor, și au început să se organizeze pentru a putea lupta cu noua provocare dată de Covid-19, care, între noi fie vorba, a îngenuchiat sisteme de sănătate mult mai performante decât al nostru. Dacă vorbim despre pacienții oncologici, trebuie să spunem că în lupta cu cancerul timpul este esențial. Desi nu este, de cele mai multe ori, o urgență imediată, orice moment pierdut este vital. De instituirea precoce a protocolurilor terapeutice depinde rata de succes și evident de supraviețuire a pacientului oncologic. Adoptarea protocolurilor Societății Franceze de ORL a fost un gest firesc pe care l-au făcut și alte societăți din țările europene, aceste protocoale fiind primele apărute. Cei care practică chirurgia oncologică ORL aveau nevoie de un sprijin și recomandări pentru a convinge managementul spitalelor că pacienții oncologici nu pot fi amânați. Aceste recomandări sunt valabile atât pentru consultații cât și pentru intervențiile chirurgicale și sunt modificabile în contextul evoluției pandemiei, a mijloacelor tehnice de care dispune fiecare clinică și a cunoștințelor actuale la tema Covid-19. **Ele în mod evident trebuie să țină cont de gradul de urgență, de complexitatea**



intervenției chirurgicale, de riscul contaminării întregii echipe chirurgicale (traheotomie) și de situația locală (dotarea sau nu a spitalelor și a serviciilor de reanimare). Obiectivul este de a limita la maxim riscul de a pierde șansa de vindecare pentru pacientul oncologic și pentru a anticipa fluxul pacienților cu cancer care va fi la sfârșitul acestei pandemii.

Principala recomandare a acestor ghiduri este definirea a 3 grupuri de pacienți, în funcție de posibilitatea de amânare.

Grupul A: urgență vitală (dispnee, hemoragie)

- Se va acționa fără amânare
- Dacă este posibil, la internare, PCR + CT toracic.
- În caz că nu este posibil, pacientul este considerat Covid-19 pozitiv: protecția maximă a echipei medicale conform procedurilor elaborate de fiecare centru.

Grupul B: Oncologia cu riscul de inoperabilitate la termen scurt (4 săptămâni): cancerul mucoaselor căi respiratorii superioare (laringe, faringe, etc), cancerul glandelor salivare evolutiv, cancerul cutanat evolutiv.

În cazul în care nu este necesară traheotomia:

- În limita posibilităților, să nu se amâne intervenția chirurgicală
- Efectuarea tuturor investigațiilor în re-

gim de internare continuă (imagistică / îngrijirea dinților până la RT / montare cateter central) pentru a limita circulația pacientului.

- În caz de imposibilitate de internare a pacientului din cauza epidemiei se va reorienta pacientul la un alt centru ce ar putea asigura chirurgia oncologică

În cazul în care este necesară **traheotomia** există un risc important de contaminare a personalului medical.

Grupul C: oncologie cu risc scăzut de inoperabilitate (6-8 săptămâni): cancerul tiroidiene bine diferențiate, cancerul cutanat neevolutiv: carcinomul bazocelular, unele cancere ale glandelor salivare sau nodulii atipici ai glandelor salivare fără criterii pentru malignitate, leziunile leucoplazice ale corzilor vocale. Acești pacienți se vor evalua după 6-8 săptămâni și se va lua decizia ținându-se cont de evoluția pandemiei Covid-19.

Există și recomandări tehnice legate de modul de abordare a urgențelor, de efectuare a controalelor și de rezolvarea eventualelor complicații apărute în timpul tratamentului oncologic.

Nu trebuie neglijat rolul comisiei oncologice în evaluarea fiecărui caz în parte. Comisia oncologică este cea care decide strategia terapeutică multidisciplinară pentru pacienții cu neoplazii și decizia ei trebuie să fie punctul de plecare în abordarea acestor pacienți. Un exemplu laudabil este efortul comisiei oncologice ORL din cadrul Spitalului Clinic Colțea care, în condițiile distanțării sociale și a lucrului online, nu și-a încetat activitatea. Astfel am putut trata de la începutul pandemiei peste 200 de pacienți neoplazici care au suferit intervenții chirurgicale majore și apoi au intrat în fluxul tratamentului multimodal oncologic din cadrul Spitalului Clinic Colțea. Știu că același lucru s-a întâmplat și în marile institute oncologice din țară și în clinicile ORL cu tradiție în abordarea neoplaziilor cervico-faciale.



Derivate dintr-o linie lungă de modele, unitățile de tratament sunt proiectate ergonomic pentru a simplifica procedurile ENT OPD, pentru a îmbunătăți considerabil eficiența și a reduce oboseala utilizatorilor în camera de consultață / tratament ORL.



DISTRIBUITOR EXCLUSIV:

care of sweden

entermed

Brandon
MEDICAL

FAMED

FMS FreMon
SCIENTIFIC

Mobile-ODT

Evoluția chirurgiei endoscopice în ORL este spectaculoasă

Prof. Dr. Caius-Codruț Sarafoleanu este șeful Clinicii ORL și Chirurgie Cervico-facială și director al Centrului de excelență pentru patologia căilor respiratorii superioare din Spitalul "Sfânta Maria" București (CESITO) și al Centrului de Excelență în Chirurgia endoscopica ORL al UMF "Carol Davila" București. Este secretar general al Societății Române de Rinologie, fondator al acesteia în 2010, membru al Comitetului Director al Societății Europene de Rinologie, redactor șef al revistei "Romanian Journal of Rhinology", indexată în BDI. Între două operații, și-a luat o scurtă pauză pentru a ne acorda un interviu în revista ORL 2019 Medical Market.

Domnule profesor, vă rog să vorbiți despre evoluțiile din chirurgia endoscopică în ORL, având în vedere sistemul vestibular special care formează anatomia celor 3 părți care compun zona ORL: ureche, nas, laringe și care permit un acces pe căi naturale.

Evoluția chirurgiei endoscopice în ORL este spectaculoasă și este un subiect serios de dezbatere. Este ca și în alte specialități, chirurgia momentului, o chirurgie minim invazivă, cu viză funcțională, cu conservarea pe cât posibil a funcției organului asupra căruia facem intervenția chirurgicală. Dezvoltarea tehnică și tehnologică din specialitatea ORL s-a axat în mod particular pe instrumentarul necesar tehnicile chirurgicale dar și pe posibilitatea de reconstrucție a regiunilor anatomice acolo unde este cazul, cu biomateriale de înaltă fiabilitate și foarte ușor acceptate de organism.

Evoluția în România a chirurgiei endoscopice în ORL a început în anul 1993, cu primele examene endoscopice și operații limitate în general la sinusul maxilar și apoi la celelalte sinusuri. În momentul acesta suntem în faza în care pe lângă toa-

tă patologia inflamatorie infecțioasă ORL (rinite și rino-sinuzite), operăm tumori, mai ales tumori benigne și în anumite cazuri, cu o indicație foarte clară și unde

fosa infratemporală. În plus, apariția navigației ORL permite un act chirurgical de o acuratețe mult mai mare, ne ghidează drumul către leziune, ca să putem evita

accidentele și incidentele posibile la absolut orice intervenție chirurgicală. Afirm cu mandrie ca primele operații de acest tip din țara le-am făcut împreună cu Colectivul Clinicii de Neurochirurgie de la Spitalul Bagdasar Arseni. Este vorba de abordul tumorilor hipofizare sau ale regiunii selare, a orbitei și spațiilor profunde.

Dacă adăugăm și apariția instrumentarului pentru chirurgie endoscopică 3D (premiera realizată în 2017 în Clinica ORL Sfânta Maria), avem deja un tablou complet al evoluției spectaculoase a chirurgiei endoscopice în zona sinusală. Sigur că și în zona laringelui s-a dezvoltat foarte mult chirurgia endoscopică, care ne permite realizarea unor intervenții funcționale pentru absolut toate entitățile patologice de tip inflamator și tumoral. Abordul

endoscopic se poate combina cu chirurgia laser și de radiofrecvență în laringe. Esofagul și arborele traheobronsic se abordează de asemenea endoscopic (adesea în echipe mixte). La nivelul urechii, sigur progresele sunt mai mici pentru că în continuare chirurgia microscopică este regina balului.



putem face radicalitate oncologică, și tumori maligne. S-a dezvoltat foarte mult chirurgia trans-nazală către vecinătățile anatomice ale zonei rino-sinusale și mă refer aici la chirurgia bazei craniului, la chirurgia căilor lacrimale, a orbitei și a spațiilor profunde de la nivelul capului și gâtului, cum ar fi fosa pterigopalatină și



Se poate administra
adultilor, adolescenților și
copiilor de la 3 ani!

UNIFLOX 0,3%

Picături oftalmice și auriculară, ofloxacină

UTILIZARE:

Otorinolaringologie

La adulți și copii de la 12 ani, în tratamentul infecțiilor cauzate de microorganisme sensibile la ofloxacină: tratarea conductului auditiv extern, inflamațiile acute ale urechii medii, inflamațiile supurative cronice ale urechii medii, cu perforarea timpanului și pentru prevenirea infecțiilor în chirurgia urechii.

La copii între 3 și 11 ani: tratamentul infecțiilor conductului auditiv extern și inflamațiile urechii medii cu timpanostomie.

Având în vedere expunerea naturală la infecții de tip ORL, cum evoluează managementul acestor infecții, de la tratamentul primar al medicului de familie la tratamentul specializat al medicului ORL? Ce vaccinuri se fac împotriva infecțiilor din zona ORL?

Numărul de infecții la nivelul căilor respiratorii este foarte mare. Frecvența rinovirusurilor, spre exemplu în Statele Unite și chiar și în Europa le situează pe primul loc al bolilor inflamatorii infecțioase cronice.

Și în România, incidența rino-sinuzitelor este de aproximativ 12-14%, ceea ce înseamnă un procent important. Aceste infecții respiratorii duc la foarte multe prescripții medicale, unele corecte, altele mai puțin corecte, la un număr mare de zile de absenteism școlar și profesional, ceea ce înseamnă și un balast către societate, pentru că trebuie să decontăm undeva aceste zile de absență. Tendința în România este din păcate încă a autoadministrării antibioterapiei. Recomandarea de către anumite categorii de medici este din păcate încă a antibioterapiei pentru infecții virale, și aici vorbim de celebrul "roșu în gât" care în proporție covârșitoare primește tratament antibiotic dar evident că o infecție virală nu va beneficia niciodată de tratament antibiotic. Există la nivel internațional lansată în 2016 o campanie a OMS, care ne atrage atenția că rezistența la antibiotice este într-o continuă creștere, că noi clase de antibiotice nu au mai fost lansate pe piața farmaceutică, motiv pentru care în viitorii 50 de ani riscăm să murim de infecții banale tocmai datorită creșterii rezistenței la antibiotice. De aceea, și noi atragem atenția ca prescrierea de antibiotice în infecțiile ORL să se facă numai după o antibiogramă corect făcută. Acolo unde nu este posibil să așteptăm 48-72 de ore rezultatul antibiogrammei în infecțiile acute, măcar să respectăm ghidurile și să ne gândim exact la etiologia, la agenții microbieni implicați și să dăm un tratament antibiotic cât mai corect în contextul studiilor și cercetărilor clinice care ne pot oferi măcar aceste linii directoare.

Vaccin în sfera ORL nu există în momentul acesta. Se discută foarte mult de infecția cu virusul papilomului uman, arhicunoscutul HPV și, cu toții știm că în momentul în care va apărea un vaccin

dedicat acestor infecții patologia ORL va suferi modificări importante, în sensul ameliorării și scăderii recidivelor, pentru că toate infecțiile cu HPV predispun la recidive foarte frecvente, expun pacientul la un număr foarte mare de intervenții chirurgicale în special în laringe dar și la nivelul nasului sau orofaringelui.

Până unde se poate merge în chirurgia de reconstrucție ORL, ținând cont de evoluția spectaculoasă a tehnologiilor chirurgicale endoscopice?

Reconstrucțiile în chirurgia ORL sunt parte a actului chirurgical extins, fie el endoscopic sau prin abord extern. De la reconstrucția bazei craniului, acoperirea fistulelor de lichid cefalorahidian, lambourile vascularizate intranasale și pana la lambourile de mușchi pectoral sau alte lambouri musculocutanate, toate tehnicile sunt dedicate refacerii organelor operate. Există posibilitatea unor proteze sau epiteze care pot substitui parti ale feței ce au fost rezecate (nas, pavilion auricular), la fel cum există proteze de lanț osicular în chirurgia reconstructivă a urechii medii.

Ce progrese s-au făcut în ultimele decenii în ceea ce privește protezarea în ORL?

Protezarea auditivă s-a perfecționat iar aparatele actuale răspund cerințelor societății moderne de performanță, fiabilitate, miniaturizare. Implantul cohlear redă societății mulți pacienți care în urmă cu 20 de ani frecventau școli de surdomuți sau erau izolați social și profesional. Programul național de screening auditiv universal la nou născuți promovat de colegii audiologi și susținut de Comisia de ORL a MS prezidată de subsemnatul, este un pas firesc și corect în identificarea de la naștere a copiilor cu surdități sau hipoacuzii. Implicit și evaluarea lor amănunțită în servicii de audiologie se face rapid și reabilitarea auditivă prin proteze implantabile sau tradiționale se poate face la timp.

Simțurile: auz, miros, gust, funcția vorbirii, simțul echilibrului, care toate aparțin de ORL, determină dezvoltarea copilului chiar din primele luni de viață, când vocea mamei și gustul - mirosul laptelui

matern sunt primele contacte ale nou-născutului cu lumea extrauterină iar încercările de ridicare în poziție ortostatică sprijinit de marginea pătuțului reprezintă prima lui aventură în jungla vieții. În ce măsură aceste simțuri / funcții pot fi determinate la naștere și eventual corectate în caz de anomalie? Aceleași probleme se pun și pacienților foarte vârstnici, care își pierd treptat auzul, echilibrul.

Centrul de Excelență de la Clinica ORL Sfânta Maria, finanțat și implementat cu fonduri europene pentru dezvoltare infrastructură pentru cercetare, tocmai asta și-a propus și realizează. S-au dezvoltat laboratoare dedicate explorărilor audiologice și vestibulare (având în vedere procentul mare de pacienți cu hipoacuzii, amețeli și tulburări de echilibru și nu în ultimul rând îmbătrânirea senzorială, inclusiv cohleo vestibulară odată cu creșterea speranței de viață). De asemenea, abordăm patologia neurologică a laringelui (paralizii de origine neurologică, toxică sau postchirurgicală), explorarea funcțională a mirosului (de asemenea premieră națională în ORL), patologia somnului (sindroamele de apnee obstructivă în somn) și patologia deglutiției "de la simptom la sindrom". Și aici avem o prioritate națională referitoare la reabilitarea deglutiției prin proceduri de electrostimulare dedicate anumitor grupe musculare implicate, în funcție de patologie princeps. Primele rezultate (atât la olfacție cât și la deglutiție) le-am comunicat în reviste indexate și discuțiile pe aceste teme sunt fructuoase cu partenerii europeni care abordează aceste entități patologice.

Este o echipă tânără și ambițioasă, care face progrese în aceste domenii mai aride ale specialității ORL. Aceste teme de cercetare clinică din specialitate concordează și cu direcțiile de cercetare finanțate de UE și anume îmbătrânirea senzorială, patologia respiratorie în somn, tulburările senzoriale sau proteomica și genomica în cancerle ORL.

Diagnosticul acestor afecțiuni este posibil, în cazul olfacției și d.p.d.v. obiectiv, iar reabilitarea pacienților este posibilă cu anumite limite evidente, în funcție de patologie.

isla[®] junior

isla[®] medic

**Durere în gât?
Tuse seacă? Voce răgușită?**

**Ești răgușit?
Te doare gâtul? Tușești?**

**Isla Junior este
ajutorul nostru de nădejde**

**Alege cu încredere tabletele
de supt Isla Medic Hydro⁺**



Adulții și copiii cu vârsta de peste 4 ani: până la 6 tablete de supt pe zi, la nevoie



Vitamina C



Zinc



Vitamina B5



Prietenos cu dinții

Formula inovatoare a Isla Medic Hydro⁺ te va ajuta datorită:



...Protecției eficiente a mucoasei bucale și orofaringiene



...Umidificării intense a membranelor mucoase, datorită acidului hialuronic și a extractului de mușchi islandez, precum și stimularea suplimentară a activității glandelor salivare



...Regenerării durabile a mucoasei orofaringiene



**Un gât sănătos
pentru întreaga familie!**



Importanța vaccinării pentru reducerea consecințelor infecțiilor pneumococice în patologia otorinolaringologică (ORL)

Agenții patogeni virali (virusul sincițial respirator și virusurile gripale sau paragripale) cât și cei bacterieni (în principal *Streptococcus pneumoniae* și *Haemophilus influenzae*), pot provoca diverse boli cum ar fi meningita, pneumonia și otita medie acută (OMA). Povara bolii produsă de infecția cu *Streptococcus pneumoniae* este importantă datorită dezvoltării atât a formelor invazive care pot determina o mortalitate crescută, reprezentate de bacteriemie, meningită și pneumonia bacteriemică, cât și prin manifestările frecvent înregistrate mai ales la copii, de forme non-invazive, care sunt afecțiunile de tract respirator, OMA, pneumonia non-bacteriemică, sinuzita și bronșita.



Prof. Univ. Dr.
Doina Azoicăi

Universitatea de Medicină
și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași



Asist. univ. Dr.
Alice Nicoleta Azoicăi

Universitatea de Medicină și Farmacie
„Grigore T. Popa” Iași, Medic primar Pediatrie
Clinica a II-a Pediatrie, Spitalul Clinic Universitar
de Copii „Sfânta Maria” Iași

La nivel mondial, boala pneumococică este endemică, iar frecvența acesteia, mortalitatea și complicațiile sunt mai crescute în țările în curs de dezvoltare comparativ cu cele din țările industrializate. Interpretarea datelor privind diferențele în ceea ce

privește riscul de boală trebuie să ia în considerare și faptul că au fost observate variații în utilizarea testelor diagnostice sau în implementarea programelor de vaccinare. Incidența bolilor pneumococice diferă de la o regiune la alta, fiind înaltă la copiii sub vârsta de 5 ani, scăzută la copiii mari și adulții tineri sănătoși, crescând din nou la persoanele cu imunosupresii determinate de variate comorbidități sau vârsta înaintată. ⁽¹⁾

La nivel global, infecția cu *Streptococcus pneumoniae* este asociată cu aproximativ 1 milion de decese în fiecare an la copiii cu vârsta de sub 5 ani. În țările în curs de dezvoltare, *Streptococcus pneumoniae* și *Haemophilus influenzae* sunt cauze frecvente ale infecțiilor respiratorii acute (ARI) la copii, astfel încât pneumococul poate fi izolat la aproximativ 30% dintre pacienții cu ARI la care etiologia este identificată și este asociată semnificativ cu raportul caz-fatalitate mai mare decât în situația ARI de etiologie virală. În țările dezvoltate OMA și bacteriemia fără focalizare sunt cauze frecvente de prezentare a pacienților la medic. În Statele Unite datele colectate printr-o supraveghere epidemiologică activă relevă faptul că infecția cu *Streptococcus pneumoniae* determină peste 3 000 de cazuri de meningită, 50 000 de cazuri de bacteriemie, 125 000 de cazuri de spitalizări pentru pneumonie și 7 milioane de cazuri de OMA. ^(2,3,4)

Anterior introducerii vaccinurilor conjugate pneumococice, s-a estimat că patru din cinci sugari ar putea avea un episod de AOM înaintea vârstei de trei ani, incidența maximă înregistrându-se la vârste de șase până la 18 luni. În proporție de 40% dintre aceștia pot să dezvoltă cel puțin șase episoade recurente de boală înainte de vârsta de șapte ani iar multe din cazurile de OMA recurente instalează complicații. În aceste circumstanțe se înregistrează o creștere a ratei spitalizărilor și tratamentului chirurgical (timpanotomia) care pot determina totodată și cheltuieli importante pentru sistemul de sănătate. ⁽⁵⁾

Particularitățile legate de localizarea pneumococului la nivelul nasofaringelui, care este considerat principalul rezervor bacterian, face ca transmiterea de la o persoană la alta să fie mult mai frecventă. Infecțiile pneumococice sunt precedate de colonizarea bacteriană a mucoasei nasofaringelui unde bacteriile pot persista ca parte a florei extracelulare fără a provoca îmbolnăvirea. ⁽⁶⁾ Flora nasofaringiană este complexă, constând în mod normal din bacterii nepatogene cum ar fi streptococii α -hemolitici aerobi, streptococi anaerobi și *Prevotella melaninogenica* dar și din potențiali agenți patogeni respiratori precum *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* și *Moraxella catarrhalis*. ⁽⁷⁾



Nisita®

SPRAY ȘI UNGUENT TANDREȚE ȘI IGIENĂ PENTRU UN NAS SĂNĂTOS

Potrivit pentru femei gravide și sugari
Nisita®

Mentine gradul de hidratare al mucoasei nazale și acționează ca un filtru pentru potențiali agenți iritanți:

- virusuri;
- bacterii;
- alergeni.

De ce **Nisita®**:

- soluție izotonică;
- potrivit pentru o utilizare îndelungată;
- poate fi utilizat la nou născuți și copii mici.

Colonizarea nasofaringiană cu *Streptococcus pneumoniae* este mai frecventă la copiii cu vârste mici față de adulți și variază în funcție de diverși factori cum ar fi: diferențe genetice care influențează probabilitatea de colonizare a nasofaringelui, condițiile socioeconomice care generează aglomerarea, lipsa de salubritate, dimensiunea familiei dar și contactele repetate pentru asistența zilnică de îngrijire, accesul limitat la asistență medicală, contextul legat de diferențele geografice.

Un factor important care contribuie la creșterea morbidității și mortalității prin infecțiile cu *Streptococcus pneumoniae* este reprezentat, inclusiv, de rezistența la antibiotice care este în prezent într-o progresie galopantă. Referindu-ne la OMA există în prezent dovezi care explică eșecurile tratamentului acestor afecțiuni în relație directă cu rezistența pneumococilor implicați în etiologia acestei patologii. ⁽⁸⁾

Deși aproximativ 80% dintre cazurile de OMA evoluează spre o ameliorare sau vindecare spontană, în 2-14 zile, se recomandă o atitudine de „vigilență de expectativă” pentru cele mai multe cazuri apărute la copii cu vârsta de peste 6 luni, unde antibioticul nu este utilizat până la momentul stabilirii gravității infecției. Se estimează că antibioticul este necesar doar pentru 20-30% dintre cazurile de OMA, iar prescrierea acestuia trebuie realizată în conformitate cu recomandările ghidurilor. Cu toate acestea, antibioticele sunt încă la baza tratamentului OMA în cele mai multe țări. Utilizarea inadecvată a antibioticelor a dus la niveluri crescute de rezistență care complică tratamentul afecțiunilor cauzate de acești patogeni fiind astfel o problemă semnificativă la nivel mondial. Deși pentru *Streptococcus pneumoniae*, rezistența variază în diferite țări, este mult mai frecventă pentru anumite serotipuri pneumococice. În acest context prevenția primului episod de OMA este importantă deoarece un episod de OMA la un copil sub 6 luni crește riscul apariției episoadelor recurente cu peste 60%. ⁽⁴⁾

Pe baza acestor evidențe vaccinarea rămâne o strategie importantă pentru reducerea atât a poverii bolii produse de *Streptococcus pneumoniae* dar și limitarea fenomenului de rezistență la antibiotice.

Pentru evitarea instalării OMA vaccinarea este considerată ca singura măsură capabilă să aibă un impact major. În conformitate cu acest consens o serie de țări au recunoscut importanța prevenirii OMA și au elaborat recomandări în susținerea vaccinării prin programele naționale.

Vaccinul polizaharidic neconjugat conținând un număr de 23 de valențe (PPSV – Pneumococcal Polysaccharide Vaccine) (1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F) este indicat pentru primovaccinarea și revaccinarea copiilor cu vârsta de peste 2 ani, a adulților și vârstnicilor cât și pentru protecția pacienților cu imunosupresie de diverse cauze. Odată cu introducerea preparatelor vaccinale polizaharidice capsulare purificate conjugate cu 7, 10 sau 13 valențe protecția față de această infecție a fost posibilă și la copiii cu vârste mai mici. Primele vaccinări cu preparate conjugate au fost efectuate cu vaccinul cu 7 valențe (serotipurile: 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F - conjugat cu o anatoxină difterică - CRM197) fiind urmat de preparatele cu 10 valențe (serotipurile: 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 23F - conjugat cu proteina D de *Haemophilus influenzae* non-tipabil, anatoxină tetanică sau anatoxină difterică) și respectiv 13 valențe (serotipurile: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F - conjugat cu CRM197). Totodată introducerea preparatelor conjugate cu 13 valențe (PCV – Pneumococcal Conjugate Vaccine) a crescut posibilitatea administrării vaccinului la persoanele adulte sau vârstnice. Indicația de vaccinare cu vaccinurile conjugate a fost stabilită pentru copiii din primul an de viață când este recomandată administrare a 3 doze la un interval de cel puțin 1 lună între acestea, vârsta minimă fiind de 6 săptămâni. Revaccinarea se realizează cu o doză în intervalul 11-15 luni iar această schemă este cuprinsă în Programul Național de Vaccinare din majoritatea țărilor, inclusiv în România. Copiii la care schema de vaccinare debutează la 7-11 luni se vor efectua ca primovaccinare 2 doze la un interval de 1 lună și revaccinarea cu o doză, în cel de al doilea an de viață. Copiii cu vârste de 12-23 luni vor primi două doze administrate la un interval de 2 luni. În cazul copiilor și la adolescenții cu vârste cuprinse în inter-

valul 2 și 17 ani vor primi o singură doză de vaccin ca și în cazul tinerilor de peste 18 ani dar și a vârstnicilor care vor fi vaccinați cu preparatul conținând 13 valențe, tot cu o singură doză. Alte recomandări prevăd vaccinarea persoanelor aflate în grupurile cu risc: sepsis, meningite sau pneumonii recurente cu pneumococ, asplenie anatomică sau funcțională, siclemie, diabet zaharat, astm bronșic, afecțiuni cronice cardiovasculare, pulmonare, renale, hepatice, afecțiuni hematologice maligne, cancer, infecție HIV+, receptori de transplant de organe sau celule stem hematopoietice, terapie biologică sau alte medicații imunosupresoare, fumători, vârstnici cu multiple comorbidități. În conformitate cu protocoalele existente la aceste categorii cu risc este recomandată vaccinarea pneumococică cu preparatele conjugate care sunt urmate de doze de rapel cu vaccinul polizaharidic neconjugat, completându-se astfel avantajele pe care fiecare le prezintă în creșterea imunogenității. Vaccinul pneumococic poate fi administrat simultan cu oricare alt preparat, inclusiv vaccinul gripal, cu condiția administrării în zone anatomice diferite. La grupurile cu risc durata de protecție este estimată a fi de 5 până la 10 ani față de serotipurile cuprinse în preparatul administrat, după finalizarea întregii scheme de vaccinare. Revaccinarea poate fi recomandată la cazurile în care riscul infecției pneumococice se menține crescut și se va efectua la peste 3 ani (în cazul persoanelor cu imunosupresie importantă), sau 5 ani de la ultima doză. ⁽⁹⁾

Dovada eficienței vaccinării pneumococice a fost atestată prin rezultatele studiilor post-marketing constatându-se, de exemplu în Statele Unite, la câțiva ani după introducerea în anul 2000 a PCV7, reducerea de până la 28% a episoadelor frecvente de OMA, 23% a ratei de utilizare a tubului de ventilație, 42% a prescripțiilor tratamentelor cu antibiotice și 43% a vizitelor medicale legate de OMA la copiii sub vârsta de 2 ani. În Marea Britanie, după introducerea PCV7, a existat o reducere cu 22% a incidenței OMA la copiii cu vârsta de sub 10 ani. Totodată s-a remarcat scăderea ratelor de incidență a tulpinilor de pneumococ rezistente la penicilină, atât la cazurile cu infecții invazive cât și în izolatele obținute de la nivelul urechii medii și nasofaringe. ^(10,11)

Distribuitor exclusiv în România al produselor



Dotare completă pentru cabinet ORL



Vestibulogie & Endoscopie

Echipeament pentru diagnosticare



ED500



ED200



ED510



ED420

Sistem video & software



Pedală wireless



Panou

Unit-uri ORL complet echipate



- Unit-uri compacte, ergonomice, prevăzute cu roți pivotante (pentru a asigura o mobilitate sporită), independente de orice sursă de lumină;
- Structură metalică solidă, vopsită în câmp electrostatic, rezistentă la zgârieturi;
- Braț articulată cu consolă de susținere cu până la 4 piese de mână și display electronic pe consolă, cu funcție de afișaj al parametrilor;
- Sistem de aspirație cu compresor cu o capacitate de până la 70l/min, cu recipient pentru colectare;
- Sistem de insuflație, cu posibilitate de acționare la pedală, cu pornire/oprire la ridicarea piesei de mână din suport;

- Modul de spălături auriculare, cu încălzirea apei la 37°C, și rezervor de 2 litri;
- În funcție de model, unit-ul poate fi echipat cu suport pentru microscop de examinare și suport pentru monitor LCD pentru vizualizarea imaginilor de la camera de video-endoscopie;
- Surse de lumină LED cu conexiune pentru cablu cu fibră optică sau pentru endoscop/fibroscoop.

*** În funcție de varianta aleasă a unitului, se pot pune diverse accesorii necesare diagnosticării și tratamentului în domeniul ORL.**

Fotolii ORL



- Fotolii ORL pentru examinare și mici intervenții
- Fotolii ORL cu structură solidă, acoperită cu forme din plastic termoformat, pentru un aspect plăcut;
- Capacitate de până la 200 kg, asigurând stabilitate și siguranță;
- Modelele de vârf oferă și poziția Tredelenburg, utilă în micile intervenții chirurgicale;
- În funcție de model, înălțimea și toate segmentele sunt reglabile electric prin intermediul unui panou de comandă;

- Topul și brațele capitonate și acoperite cu scai lavabil, 34 de nuanțe de culori disponibile, din care 10 metalizate.

București

Str. Giuseppe Garibaldi
nr. 8-10 sector 2, 020223
București, România
Tel.: +40 314 250226/27
Fax: +40 372 560250
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Timișoara

Str. Coriolan Brediceanu
nr. 31B, Timișoara, 300012
Județul Timiș, România
Tel.: +40 720 393269
Fax: +40 356 110233
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Iași

Aleea Al. O. Teodoreanu nr. 55A,
Bloc 1, Demisol, Iași, 700155
Județul Iași, România
Tel: +40 725 119393
Fax: +40 372 560250
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Licențierea vaccinului pneumococic conjugat cu 10 valențe (PCV10), care utilizează proteina de *Haemophilus Influenzae* non-tipabil (HiNT), ca purtător în 8 din cele 10 serotipuri ale sale iar serotipurile 18C și 19F conjugate cu anatoxina tetanică respectiv toxina difterică, a adus perspectiva unui beneficiu suplimentar de protecție.

Vaccinul pneumococic conjugat cu 13 valențe (PCV-13), cel mai nou în seria vaccinurilor conjugate pneumococice, cuprinde serotipuri componente suplimentare, toate antigenele fiind conjugate la toxina difterică modificată.

Suplimentar recomandărilor de vaccinare a tuturor copiilor în primii ani de viață cu vaccinul conjugat prin Programul Național de Vaccinare este de luat în considerare vaccinarea pneumococică la pacienții cu imunodeficiențe asociate.⁽¹²⁾ Copiii și adulții cu surditate importantă care urmează să fie programați pentru un implant cohlear, cât și cei cu displazii congenitale ale urechii interne au recomandarea să primească toate vaccinurile administrate la persoanele imunocompetente, în conformitate cu schemele naționale de vaccinare, dar și a vaccinurilor suplimentare în funcție de antecedentele lor vaccinale. Între aceste vaccinuri cel pneumococic este recomandat înainte cu cel puțin 2 săptămâni față de momentul intervenției de implant cohlear. În cazul pacienților cu implant cohlear, surditate majoră sau programați să primească un implant cohlear, care au ≥ 24 luni și au fost vaccinați până la această vârstă cu schema standard conținând vaccinul conjugat, se va recomanda administrarea vaccinului polizaharidic PPSV23 la cel puțin 8 săptămâni după administrarea ultimei doze de vaccin conjugat. La pacienții cu vârsta de > 19 ani care au primit anterior PPSV23, poate fi administrată o doză de vaccin PCV13 la cel puțin 1 an de la ultima doză de PPSV23. În situația în care vaccinarea nu s-a putut realiza înainte de intervenția de implant se va urmări aplicarea recomandării de vaccinare cu vaccinurile pneumococice, meningococice, sau anti *Haemophilus influenzae* (dacă este cazul, în funcție de schemele vaccinale primite anterior), la un interval cât mai scurt de la momentul postoperator.^(13,14)

Concluzii

Povara importantă a bolilor determinate de infecțiile cu *Streptococcus pneumoniae* poate fi redusă prin aplicarea schemelor de vaccinare, atât cele naționale cât și cele suplimentare, inclusiv în cazul copiilor care nu au urmat Programul Național de Vaccinare sau a persoanelor cu vârste de peste 19 ani și aflați la risc.

Frecvența crescută a cazurilor de OMA determinate de infecția cu *Streptococcus pneumoniae*, care pot fi urmate de recurențe, mai ales la copiii care dezvoltă complicații invalidante, dar și considerentele legate de mecanismele particulare de colonizare a nasofaringelui cu acest germene, fenomenele de rezistență la antibiotice a tulpinilor circulante de pneumococ, susțin utilizarea vaccinării ca o măsură cu eficiență crescută în prevenirea acestor îmbolnăviri.

Atât copiii cât și adulții din categoria de risc suplimentar cu surditate și care necesită implant cohlear vor urma o schemă adaptată în funcție de antecedentele lor vaccinale în care protecția față de infecția cu pneumococ, meningococ și *Haemophilus influenzae* poate fi asigurată prin recomandarea preparatelor existente care s-au dovedit a prezenta o eficiență crescută în prevenirea acestor infecții care pot accentua incapacitatea și scad considerabil calitatea vieții.

Bibliografie:

1. Schrag SJ, Beall B, Dowell S. Resistant pneumococcal infections: the burden of disease and challenges in monitoring and controlling antimicrobial resistance. WHO/CDS/CSR/DRS/2001.6, 2001
2. Obaro SK, Monteil MA, Henderson DC. Fortnightly review: the pneumococcal problem. Br Med J 1996;312:1521-1525.
3. GBD 2016 Lower Respiratory Infections Collaborators. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Infect Dis. 2018 Nov; 18(11): 1191-1210.
4. Sáfadi MA, Jarovsky D. Acute otitis media in children: a vaccine-preventable

disease? Braz J Otorhinolaryngol. 2017;83:241-2.

5. Fortanier AC, Roderick PV, Chantal C WB at al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001480.pub5>
6. Zenni MK et al. Streptococcus pneumoniae colonization in the young child: association with otitis media and resistance to penicillin. J Pediatr 1995; 127:533-537.
7. Brook I, Gober AE. Bacterial interference in the nasopharynx following antimicrobial therapy of acute otitis media. J Antimicrob Chemother 1998; 41:489-492.
8. Lisandru RI, Falup-Pecurariu C, Bleuntu L. et al. Streptococcus pneumoniae Serotypes and Antibiotic Susceptibility Patterns in Middle Ear Fluid Isolates During Acute Otitis Media and Nasopharyngeal Isolates During Community-acquired Alveolar Pneumonia in Central Romania. The Pediatric Infectious Disease Journal, 2016, 36(2):1.
9. Azoică D, Rădulescu A, Pițigo D, Popovici FI. Recomandări de vaccinare a pacienților cu imunodeficiențe de diverse cauze. Editura Universitară „Grigore T. Popa” Iași, 2020.
10. Fortanier A.C., Venekamp R.P., Boonacker C.W.B., Hak E., Schilder A.G.M., Sanders E.A.M., et. al.: Pneumococcal conjugate vaccines for preventing otitis media. Cochrane Database Syst Rev 2014; 4: pp. CD001480.
11. Dagan R., Pelton S., Bakaletz L., Cohen R.: Prevention of early episodes of otitis media by pneumococcal vaccines might reduce progression to complex disease. Lancet Infect Dis 2016; 16: 480-492.
12. Rubin L.G., Levin M.J., Ljungman P et al. 2013 IDSA Clinical Practice Guideline for Vaccination of the Immuno-compromised Host, Clinical Infectious Diseases Advance, 2013.
13. Center for Disease Control. Recommended Adult Immunization Schedule for ages 19 years or older, United States, 2020.
14. Pneumococcal disease. Information about pneumococcal disease, vaccines and recommendations for vaccination from the Australian Immunisation Handbook, June 2020.

Clarfon lansează **promoția Tehnologie de TOP** pentru auzul tău!

Este momentul să faci un upgrade tehnologic și am gândit o soluție pentru tine!

Familia fantastică DISCOVER NEXT



Poți beneficia de cele mai performante aparate auditive:

- Cel mai avansat procesor de sunet
- 20 de canale frecvențiale și conectivitate la orice tip de telefon, fără alte accesorii
- Adaptare automată la mediul auditiv
- Calitate naturală a sunetului

Acum beneficiezi de **cel mai mare discount** oferit la un aparat auditiv

REDUCERE 50%

la aparatele Auditive Unitron DX9

Probă cu aparatele auditive timp de 7 zile!

Vino acum în cabinetul Clarfon și poți avea, la prețuri accesibile cea mai nouă tehnologie!

☎ 031.9111

Your Future Sounds
Clarfon - Calitate pentru auzul tău!



Sun Wave Pharma

Making Tomorrow Healthier



Contribuie la menținerea sănătății mucoasei sinusurilor



TRIPLĂ ACȚIUNE PENTRU SINUSURI

Acesta este un supliment alimentar. Cititi cu atentie prospectul/informatiile de pe ambalaj.

WWW.SUNWAVEPHARMA.COM



LA ȚINTĂ!
nu după ureche!

Adjuvant în tratamentul otitei

Scade inflamația canalului auditiv, hidratează și calmează

Ajută la menținerea igienei corespunzătoare a urechilor



Acesta este un dispozitiv medical. Cititi cu atenție prospectul/informațiile de pe ambalaj.

WWW.SUNWAVEPHARMA.COM

„La Spitalul Universitar de Urgență București am format un Compartiment ORL practic de la zero, în urmă cu 17 ani”

Ne place să spunem că lucrăm în Spitalul Universitar într- un etaj ”de cap”, pentru că aici își desfășoară activitatea 4 departamente care se ocupă de extremitatea cefalică: Neurochirurgie, ORL, Chirurgie oro-maxilo-facială și Oftalmologie. Fiecare departament vine cu un tip de competență, iar rezultatul este benefic pentru pacient.

Interviu cu Dr. Daniela Vrinceanu, Medic primar O.R.L., Doctor în Științe Medicale, Medic coordonator Compartiment O.R.L., Spitalul Universitar de Urgență București, Atestat în Managementul serviciilor de sănătate, vrinceanudana@yahoo.com

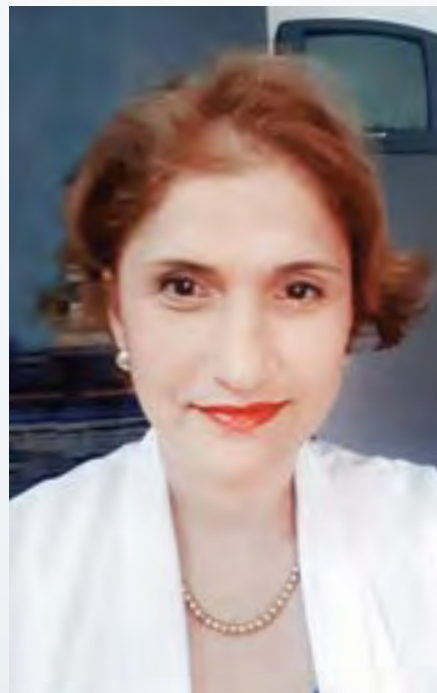
Ce ne puteți spune despre patologia tumorală cervico-facială, care este un capitol de bază în activitatea pe care o desfășurați pe plan profesional?

Am 25 de ani de practică în ORL și cred că primele tumori le-am operat chiar din primul an de rezidențiat în specialitate, lucrând sub îndrumarea regretatului profesor Nicolae Ionescu, căruia îi datorez foarte mult din ceea ce fac astăzi. Aici la Spitalul Universitar de Urgență București lucrez din 2002 și am format un Compartiment ORL și o echipă practic de la zero. La momentul actual, lucrăm la un nivel foarte complex al patologiei ORL și sunt foarte mândră să spun acest lucru.

Patologia tumorală cervico facială (PTCF) este un capitol foarte complex din specialitatea ORL și Chirurgie Cervico-facială (ORL-CCF). La Spitalul Universitar de Urgență București abordăm foarte frecvent acest capitol - tumorile de cap și gât. Gâtul și capul cuprind împreună foarte multe elemente importante - vase mari și nervi de importanță vitală. Chirurgia, în general și chirurgia tumorilor de cap și gât, în particular, trebuie să aibă în vedere nu doar scoaterea tumorii, ci și conservarea acestor elemente anatomice importante.

PTCF a cunoscut o creștere foarte mare a incidenței în ultima perioadă și, din păca-

te, descoperim tumori maligne foarte mari la pacienți foarte tineri. O explicație poate fi în noxele în mijlocul cărora trăim și în clasele ”fumat și consum de alcool”. Incidența a crescut și în mediul urban, nu doar în cel rural în care condițiile de informare și de îngrijire a sănătății sunt mai precare.



O altă observație legată de PTCF este că pacienții vin cu tumori impresionant de mari. Anul acesta am operat câteva tumori cervicale gigante și te întrebi cum au putut să stea pacienții cu tumori de aproape 1 kg, dezvoltate în 10-15 ani și nu s-au prezentat la medic mai devreme? Chiar și criteriul estetic ar fi trebuit să-i aducă la medic dar poate acesta contează prea puțin. Pacientul vine la medic atunci apar anumite semne de alarmă: când îl doare sau când

apare o paralizie facială, ceea ce înseamnă că tumora are un moment în evoluție în care invadează niște structuri importante și abia acest lucru aduce pacientul la doctor. Din păcate, atunci când vine cu astfel de semne de alarmă, tumora care poate a fost benignă, între timp s-a malignizat.

Când abordăm o patologie tumorală cervico-facială scopul este inițial ablativ, adică de îndepărtare a tumorii în limite de siguranță și apoi este timpul reconstructiv, la care poate interveni și chirurgul plastician pentru că uneori rămâne un defect de substanță mare după scoaterea tumorii care trebuie corectat. O astfel de operație se întinde pe o durată de 5-6-7 ore și uneori și resursele fizice ale medicilor sunt limitate, cu tot antrenamentul pe care îl avem. Este foarte important ca și la sfârșitul operației, după 6-7 ore de sală mintea să fie limpede și mâna sigură.

Cum reușiți să acoperiți o arie atât de complexă și variată a chirurgiei capului?

Aici în Spitalul Universitar, lucrăm foarte mult în echipe multidisciplinare. Pe lângă chirurgul ORL, o astfel de echipă poate include un chirurg oro-maxilo-facial, chirurg vascular, chirurg plastician, chirurg toracic, neurochirurg. Este un foarte mare avantaj pe care îl oferă spitalul nostru, pentru că având aici medici din toate specialitățile putem forma aceste echipe multidisciplinare. În cazul unei operații de glandă lacrimală sau de orbită, colaborăm cu chirurgul oftalmolog. Anul viitor în februarie vom organiza în Amfiteatrul Clinic al Spitalului Universitar o conferință a chirurgiei de graniță în pato-

Protecție antivirală prin mucoasa nazală



produse
sigure
pentru
copii și
gravide

La început de an școlar, reintrarea în colectivitate se asociază cu sezonul virozelor și cel al alergiilor. Iar în circumstanțele actuale, va fi greu de stabilit dacă simptomele unei răceli sau ale unei alergii indică sau nu infecția cu SARS-CoV-2.

Virusul intră prin nas

Infecția cu Coronavirus se transmite pe cale aeriană și virusul se multiplică în mucoasa nazală și faringiană, de aceea este important pentru noi să înțelegem să respectăm și să tratăm cu mai multă seriozitate probleme minore ale nasului și gâtului pe care poate le-am ignorat până acum, sau nu ni s-au părut importante. O mucoasă nazală cu o suferință cronică (rinită cronică, deviație de sept nazal, rinosinuzita cronică) este mai puțin capabilă să se apere de agresiunea virală. La fel și în cazul persoanelor alergice a căror mucoasă nazală este inflamată.

De aceea trebuie să folosim produse blânde care mențin funcția normală de purificare și apărare a mucoasei nazale.

Produse testate clinic

Produsele pe care le propunem sunt testate clinic, iar proprietățile lor au fost demonstrate în practica pediatrică de-a lungul anilor.

RINOGERMINA este produsul cu care se realizează bacterioterapia intranasală. O noutate în tratamentul infecțiilor respiratorii de tipul otitelor și adenoiditelor la copii este bacterioterapia – administrarea unor bacterii «bune, prietenoase», care există în mod natural în nasul copiilor și care împiedică dezvoltarea bacteriilor

periculoase, responsabile de producerea otitei recidivante. Pulverizate în nas, bacteriile „bune” crează un efect de barieră. Când „respiri” bacterii bune, blochezi din primul moment atacurile germenilor responsabili de infecțiile tractului respirator. acționează prin crearea efectului de barieră, împiedicând contactul bacteriilor patogene cu gazda și restabilește flora normală bacteriană.

GRIPSTOP, picături sau spray, cu lactoferină (supranumită și medicamentul lui Dumnezeu) și glicirizină, cu efect protector pentru mucoasa nazală, foarte eficient și pentru adulții care poartă masca de protecție. GripSTOP poate fi administrat pe perioadă lungă, fără efecte secundare și de către gravide; ele au nasul înfundat în mod fiziologic, din cauza hormonilor, și au tendința crescută la sângerare. Gravidele sau mamele care alăptează nu pot folosi picături decongestionante, dar pot folosi fără probleme GRIPSTOP spray nazal.

NARIVENT, cu glicirizină și manitol, reduce edemul, congestia nazală și alte simptome semnificative în cazul rinitei alergice. Ca inhibitor direct al HMGB1 (proteina cu greutate moleculară ridicată implicate în formele grave de COVID19) glicirizina este principalul ingredient activ al rădăcinii de lemn dulce și a fost utilizată în medicina tradițională pentru tratarea bolilor inflamatorii și virale, inclusiv cea provocată de virusul SARS-CoV.

Mai multe detalii găsiți aici www.plantamed.ro. Toate produsele 3F PLANTAMED le găsiți în farmacii sau, la preț de importator, cu un singur click, aici www.farmacile3f.ro

logia rino-sinuso-orbitară, la care vor participa chirurghi din toate cele 4 specialități menționate la începutul discuției noastre. Abordăm în egală măsură traumatismele nazo-etmoido-orbitare, maxilo-orbitare, maxilo-zigomatico-orbitare, abordăm tumorile care pot fi și la nas dar și în orbită, abordăm patologia căilor lacrimale. Abordăm deci orbita și periorbita, împreună cu neurochirurgul și chirurgul oftalmolog. Avem cazuri foarte complexe, spitalul este un fel de punct terminus pentru cazurile complicate, primim pacienți care au trecut deja prin 2-3 unități spitalicești, unde au avut deja intervenții. Este foarte important faptul că beneficiem de aportul unor medici cu mai multe competențe, lucru care este în favoarea pacientului.

În echipele multidisciplinare despre care am vorbit, un aport extrem de important îl are medicul imagist pentru că în planningul terapeutic al tumorilor cervico-faciale avem nevoie de o imagistică performantă. Sigur că pacientul vine cu un CT sau un RMN însă dacă noi urmărim niște elemente anume - dacă un anume nerv sau arteră sunt infiltrate, vorbim cu colegii noștri imagiști și insistăm asupra acelor elemente. Se pot face secțiuni fine pe anumite regiuni. De asemenea, beneficiem aici în spital de un tip de investigație, dar și de metodă terapeutică precum angiografia cu sau fără embolizare, care aparțin de departamentul de Radiologie Intervențională. Se introduce un cateter prin care se vede vascularizația din zona capului și a gâtului - sistemul carotidian și, dacă este posibil, înainte de operație, se astupă principalele surse care alimentează tumora și astfel scădem riscul sângerării și creștem șansele de operabilitate.

Avem de asemenea colaborarea serviciului de Anatomie Patologică. Trimitem piese în timpul intervenției, se numește examen histopatologic extemporaneu, prin care, de multe ori putem modifica puțin indicația terapeutică. De exemplu, dacă intrăm la o tumoră de glandă parotidă și descoperim că tumora nu este benignă, așa cum părea după examenul clinic și imagistic ci este una malignă, atunci trebuie să lărgim limitele de rezecție. Sau, dacă este o tumoră malignă foarte mare putem controla dacă ceea ce a rămas este țesut sănătos, ca să avem ceea ce numim noi în chirurgia oncologică "marginii negative". După ablația tumorii, din țesutul din jur trimitem anatomopatologului și verificăm marginile și dacă rezultatul este pozitiv atunci lărgim zona exciza-

tă. Rezultatul definitiv histopatologic este obligatoriu, pentru că în funcție de acesta pacientul urmează tratamentul adjuvant de radioterapie și chimioterapie.

Eu lucrez în acest spital de 17 ani și îmi place să cred că am format niște echipe pentru că e foarte important să te cunoști cu oamenii cu care lucrezi. Poate că este mult spus, dar apare un "un geniu colectiv", când mai multe minți antrenate care lucrează împreună duc la un rezultat terapeutic mai bun. Când schimbi echipa gesturile nu ajung să se rodeze și pierdem timp pentru explicații. Cel mai bun ajutor este cel care nu te întreabă nimic și face singur ce trebuie, pentru că știe ce urmează, este intuitiv. În aceste intervenții pentru PTCF lucrăm de obicei 3 chirurghi ORL la care se adaugă chirurgii din alte specialități. La planningul terapeutic, dacă am operat o tumoră malignă, următoarea etapă este discutarea cazului într-un "tumor board", o comisie oncologică în care discutăm cu un radioterapeut sau/și un chimioterapeut, pentru că pacientul va avea nevoie de tratament adjuvant. Aproape toate tipurile de tumori cervic-faciale pe care le operăm aici au nevoie de tratament oncologic adjuvant pentru că numai în stadii foarte incipiente este suficientă doar ablația chirurgicală a tumorii.

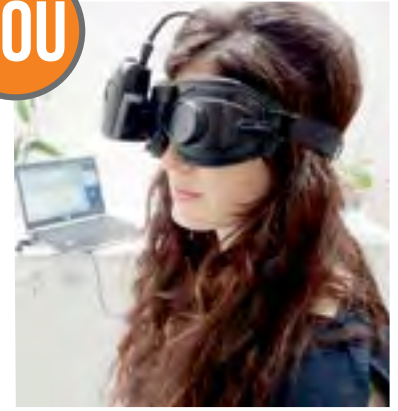
Dacă vorbim de tumori cervico-faciale vorbim și de tumori ale glandelor salivare. Am avut în urmă cu 2-3 luni o conferință organizată în Amfiteatrul Clinic al Spitalului Universitar, care s-a referit la patologia glandelor salivare din perspectiva interdisciplinară pentru că este un capitol pe care nu îl abordează foarte multă lume și care ridică multe dificultăți terapeutice. Operăm tumori de glandă tiroidă, care de asemenea este o chirurgie de graniță, pe care o abordează și chirurgii endocrinologi și chirurgii generaliști și chirurgii toracici. Apoi abordăm tumori de faringe și laringe, tumori nazosinusale și aici este o discuție legată de abordul extern, abordul endoscopic sau combinarea celor două tehnici. Abordăm de asemenea o patologie complexă, de graniță cu neurochirurgia, care se face în foarte puține spitale, în care echipa este completată de chirurgul oro-maxilo-facial și de neurochirurg - tumorile de fosă infratemporală, o regiune mai ascunsă la baza craniului, în spatele oaselor feței, care ridică niște dificultăți foarte mari de abord și îmi place să cred că deja am căpătat experiență pentru că aceste cazuri ne-au fost trimise în stadiu aproape inoperabil și totuși am avut rezultate foarte bune.

Poate fi chirurgia ORL-CCF o chirurgie exclusiv minim invazivă sau până unde se poate merge?

Există tipuri diferite de patologii. Ideal este să facem o chirurgie minim invazivă sau chirurgie pe căi naturale ca să nu rămână semne exterioare ale intervenției. Pentru foarte multe din afecțiunile rino-sinusale, de pildă, se poate aborda o tehnică endoscopică. Există tije endoscopice care intră pe fosele nazale și nu rămân urme exterioare. În PTCF, mai ales la tumorile de mari dimensiuni este practic imposibil să abordăm endoscopic, pentru că trebuie protejate vasele, carotidele, venele jugulare interne. Sigur, am citit despre operație de glandă tiroidă prin orificiile naturale - aceste lucruri sunt de prezentat la Discovery, dar sunt puțin fezabile în realitate. Chirurgia pe căi naturale poate fi făcută pentru o patologie de mică severitate. De exemplu pe gură putem opera niște amigdale, chiar și o tumoră mică de amigdală dar dacă este o tumoră mai mare ajungem să tăiem mandibula, deja lucrurile trec într-o altă sferă. Operăm endoscopic patologii rino-sinusale însă patologia tumorală cervico-facială se operează cu abord extern, nu există alt abord. Încercăm să minimizăm aceste incizii, să le camuflăm, pentru a rezulta cicatrici cât mai puțin inestetice. De fapt, într-o chirurgie de tumoră malignă timpul ablativ are scopul extirpării tumorii în condiții de siguranță pentru pacient iar apoi urmează timpul reconstructiv pentru ca rezultatul să fie și unul estetic, dar și funcțional.

Chirurgia ORL-CCF este o chirurgie de finețe pentru că lucrăm în această zonă în care avem foarte multe simțuri, pentru că după simțul vederii, care este cel mai important, cam toate celelalte simțuri sunt ale specialității noastre și noi trebuie să le conservăm. Trebuie să conservăm funcția respiratorie, pe care în timpul operației o suplینim printr-o traheostomă și montarea unei canule traheale. Sau se poate deteriora la operație calea digestivă și atunci pacientul va purta o sondă naso-gastrică prin care se alimentează. Uneori nu este suficient și trebuie să apelăm la un chirurg abdominal să facă o gastrostomă, adică un tub de alimentație în stomac. Dezideratul este să facem o chirurgie funcțională, dar uneori suntem limitați de patologie. Succesul terapeutic se măsoară în ani de viață și în calitatea vieții de după operație.

NOU



VIDEONISTAGMOGRAF

**DIAGNOSTIC
AUDIOMETER**



Harp



AUDIOMETRU

**MIDDLE EAR
ANALYZER**



Flute



TIMPANOMETRU

**THE WIRELESS
VIDEO OTOSCOPE**



Delfino



VIDEOTOSCOP

PREȚURI DE PRODUCĂTOR!

SISTEM DE RATE

 **031.9111**



**Apă de mare
soluție hipertonică,
îmbogățită cu
XILITOL și PANTENOL**

TONIMER

lab:

Aliatul tău în:

- răceli cu suprainfecție microbiană
- secreții nazale cu mucus dens
- prevenirea otitelor medii acute



Trauma sonoră

Mediul în care trăim, în care ne desfășurăm activitățile, este inundat de tot felul de noxe. Unul dintre acestea este zgomotul. Zgomotul, sub diversele sale forme, mai brutale sau mai subtile, poate influența în mod negativ segmentul nervos inițial al aparatului auditiv, respectiv urechea internă.



Dr. Toader Miorița

Medic primar ORL,
Dr. șt. med., Spitalul Clinic de
Urgență Pentru Copii „Grigore
Alexandrescu” București

Dr. Toader Corneliu

Medic primar chirurgie neurovasculară,
Inst. Național de Neurologie
și Boli Neurovasculare, București

Zgomotul reprezintă acea senzație auditivă cu caracter dezagreabil în raport cu activitatea umană ce poate determina modificări atât la nivelul aparatului auditiv dar și la nivelul întregului organism.

Acțiunea nocivă a zgomotului asupra aparatului auditiv depinde de: tipul zgomotului, durata de acțiune a acestuia, intensitatea zgomotului

Urechea umană este protejată de zgomot până la intensități de 80-85 dB.

Hipoacuzia apare atunci când se petrec cel puțin 8 ore într-un zgomot de peste 80dB.

Caracterul intermitent al zgomotului, cu expunerea întreruptă de pauze, poate face ca urechea să tolereze și sunete de peste 80dB.

Aceste intervale de relaxare a urechii permit ca la sfârșitul zilei oboseala auditivă să fie mai mică.

Peste această limită zgomotul poate produce leziuni reversibile sau ireversibile asupra auzului, putând produce surditate tranzitorie sau definitivă.

În cazul în care expunerea continuă, pragul auditiv crește, iar scăderea de auz inițială se accentuează.

Trecerea acestui prag înseamnă de cele mai multe ori și o ireversibilitate a leziunilor, cu instalarea definitivă a hipoacuziei.

Zgomotele pot fi de mai multe tipuri: **impulsiv**, cu durată de acțiune de ordinul milisecundelor, **continuu**, cu durată de ac-

țiune de ordinul secundelor, **mixt**

Acțiunea zgomotului poate fi scurtă și de intensitate mare, sau mai îndelungată dar de intensitate relativ moderată, dar efectul este același, și anume instalarea surdității de grade diferite.

Originea zgomotului este diferită, pornind de la zgomotul stradal, zgomotul regăsit la diferite locuri de muncă, zgomotul accidental, precum exploziile și până la gama foarte variată oferită de diversele forme de manifestare a muzicii, în special muzica modernă.

Există câteva elemente definitorii ale acestei patologii mai deosebite, cum ar fi frecvența sunetelor, intensitatea și timpul de expunere la zgomot, caracterul intermitent al noxei, trepidările asociate. Toate aceste elemente sunt o particularitate a fiecărui individ în parte.

O ierarhizare a mediului zgomotos în care trăim s-ar putea face astfel:

- vocea șoptită are 30 decibeli
- conversația normală are 60-70 decibeli
- traficul rutier are 85 decibeli
- concertul rock are 110 decibeli
- ciocanul pneumatic are 110-115 decibeli
- sirena ambulanței are 120 decibeli
- arma de foc 140 decibeli

Frecvențele înalte sunt mai nocive decât cele joase.

Intensitatea și timpul de expunere la zgomot sunt direct proporționale cu gradul și rapiditatea instalării hipoacuziei.

Trepidările asociate favorizează și accentuează trauma sonoră.

Particularitățile individuale joacă un rol important în instalarea hipoacuziei alături de caracteristicile zgomotului.

Particularitățile personale țin de o serie de caracteristici statice și dinamice ale urechii medii și ale urechii interne, ale acelor componente de transmitere și de recepție a sunetelor.

Uneori, persoane expuse unor noxe sonore foarte intense, pe o perioadă mai lungă de timp, la care s-au adăugat și trepidații mecanice, au acuzat senzații dureroase în urechi, vîjăituri, oboseală fizică și intelectuală.

Hipoacuzia este consecința leziunii celulelor ce recepționează unda sonoră în urma depășirii limitei de elasticitate a mecanismului auditiv periferic, și se poate produce fie brusc, fie prin o expunere îndelungată la microtraumatisme sonore. Creșterea în acest mod, din când în când, a intensității sunetului, duce la alterarea intermitentă a câte unei celule auditive, iar după un interval de timp, prezența hipoacuziei de percepție este evidentă.

Scăderea auzului este de obicei târziu percepută, atunci când boala s-a instalat ireversibil, deoarece hipoacuzia în general nu doare.

Subtilitatea cu care aceasta se instalează, o face să fie în acest mod mai periculoasă decât alte boli.

Trauma sonoră

Este alterarea auditivă și definește hipoacuzia determinată de expunerea excesivă la zgomot, fie unic și cu caracter impulsiv (traumă sonoră acută), fie îndelungat, în cadrul anumitor profesii (surdității profesionale).

Traumele sonore acute sunt determinate de zgomote impulsive intense, continue și de scurtă durată. Acestea se manifestă prin scădere de auz brutală, cu senzația de ureche înfundată sau jenă auditivă la zgomot, ce se însoțește de durere la nivelul urechii (otalgie) și zgomote percepute la nivelul urechii (acufene). Mai rar poate să apară durere de cap, astenie, oboseală intelectuală, anxietate, tulburări vizuale.

Efectele zgomotului asupra organismului se manifestă atât la nivelul auzului, cât și la nivel general.

La nivelul funcției auditive, zgomotul îndelungat produce următoarele modificări:

- adaptarea auditivă, manifestată prin atenuarea sunetelor puternice
- oboseala auditivă, manifestată prin persistența unei sensibilități auditive și după terminarea zgomotului
- surditatea, manifestată prin scăderea permanentă a auzului atunci când zgomotul este foarte intens sau de durată foarte lungă

La nivel general, au loc următoarele modificări:

- reacții vegetative cu modificarea ritmului cardiac, creșterea tensiunii arteriale, creșterea frecvenței respiratorii, efecte de ordin metabolic, perturbarea echilibrului hormonal;
- toate aceste modificări fac să luăm în considerare zgomotul ca fiind un factor de stres;
- modificări ale somnului, precum dificultăți de adormire, mai ales la persoanele în vârstă
- modificări comportamentale, de tipul: tulburări de concentrare, modificări ale

comportamentului de tip izolare sau agresivitate, mai ales la acele persoane care sunt predispuse la aceste manifestări.

Pierderea auzului poate fi:

- temporară, atunci când mecanismele de reparare pot să restabilească funcția organului lui Corti
- permanentă, atunci când celulele ciliate sau neuronii sunt afectați definitiv

Corelațiile structurale ale traumei sonore sunt de două tipuri:

- leziuni ușoare ale sinapselor și/sau ale stereociliilor; acestea pot fi reparate și pot determina numai scăderea temporară a auzului, iar recuperarea poate fi totală;
- leziuni severe ale celulelor ciliate sau ale neuronilor; în acest caz se produce apoptoza (moartea clulelor), lucru imposibil de remediat prin mecanisme fiziologice, în acest caz se instalează scăderea auzului permanentă.

Pragul critic de la care un sunet devine nociv este de 85-90 decibeli.

Expunerea la 130 decibeli timp de 15 minute poate duce la leziuni definitive.

Dacă expunerea la un zgomot intens de 130 decibeli se prelungește peste 15 minute, ca în cazul lucrului lângă motoarele pornite ale unui avion, fără protecție auditivă, sau expunerea durează câteva ore chiar la un zgomot mai slab de 100 decibeli, se poate ajunge la hipoacuzie ireversibilă.

Trauma sonoră cu alterarea auditivă apărută ca urmare a expunerii la zgomot, poate fi acută sau cronică.

Traumele sonore acute apar fie ca urmare a expunerii la zgomote impulsive, de intensități mari de până la 150 decibeli, timp de câteva secunde (explozii, focuri de armă), fie ca urmare a expunerii la zgomote continue, de intensitate în medie de 100 decibeli, timp de câteva minute până la ore, ca de exemplu zgomotul din discotecă de 100-110 decibeli, concertele rock, walkman, jucării sonore, motoare de avioane, motociclete.

Traumele sonore cronice apar ca urmare a expunerii profesionale la zgomote mixte, de intensități de 80-85 decibeli, mai mulți ani la rând; aceste traume putând fi întâlnite la mineri, muncitori pe șantiere, uzine, operatori radio, în aeroporturi, disc jockeys, la personalul militar, muzicieni în orchestră.

Frecvența acută, durata expunerii, precum și zgomotul discontinuu, reprezintă factori de gravitate.

Creșterea susceptibilității individuale a fost corelată cu patologia otică preexistentă, cu antecedentele heredocolaterale de hipoacuzie, sindrom Meniere, diabet zaharat, ateroscleroză, cu vârsta, deficiențele de fier și de vitamina A, sau cu ochii de culoare albastră.

Simptomele principale pe care le regă-

sim sunt hipoacuzia pe frecvențele înalte și tinitusul.

Acestea sunt în contextul unei stări de anxietate și de iritabilitate.

Hipoacuzia poate fi de grade variate, de la ușoară până la severă sau chiar profundă, funcție de factorul ce a cauzat-o. Mai poate fi însoțită de durere auriculară, senzație de ureche înfundată, sensibilitate la zgomot, țiuit sau zgomote diverse în ureche, uneori chiar amețeală și tulburări de echilibru.

În cazul surdității profesionale, semnele clinice pot fi descoperite în cursul unui examen sistematic, în cadrul examinării periodice.

Scăderea auzului se realizează în mai multe etape. Pierderea auzului este reversibilă inițial și poate să apară la toate persoanele expuse la zgomot câteva ore, în așa numita fază de obișnuință. Se poate asocia durerea de cap, zgomotele în urechi și vertijul, care pot dispărea după câteva ore și pot reapărea după o nouă expunere la zgomot.

În următoarea etapă audiograma arată modificări, iar pacientul are tulburări de auz în condiții de zgomot.

Ulterior se instalează o dificultate în înțelegerea conversației în mediul cu zgomot.

În etapa următoare urmează ca auzul social să devină deficitar și acufenele să fie mult mai frecvente.

Surditatea majoră presupune ca percepția vorbirii să fie foarte dificilă iar handicapul social major.

Evoluția surdității profesionale ține de mulți factori, dar dintre cei mai importanți amintim intensitatea sunetului, durata expunerii la zgomot și vârsta.

Zgomotul este cu atât mai nociv cu cât este mai puternic.

Pierderea auzului este mai rapidă în primii ani de expunere, ca mai apoi, după aproximativ 10 ani, evoluția pierderii de auz să se stabilizeze.

Diagnosticul traumei sonore se pune pe baza istoricului pacientului, examenului clinic ORL, examenelor radiologice (acolo unde este cazul) precum și a numeroaselor teste audiologice și vestibulare.

Examinarea urechilor, a timpanelor, este în limite normale.

Examenul audiometric indică un deficit inițial la 4000 Hz iar ulterior și pe celelalte frecvențe acute.

Tratamentul surdității acute este o urgență. Și trebuie instituit cât mai repede posibil, de preferat în primele 24 de ore.

Tratamentul constă în administrarea de antiinflamatoare steroidiene, vasodilatatoare, vitaminoterapie, oxigenoterapie hiperbară și chiar tratament chirurgical, acolo unde este cazul. În absența tratamentului, surditatea este ireversibilă, iar acufenele

pot persista luni sau ani, cu posibilitatea de a se atenua în timp.

Recuperarea completă în câteva zile poate fi întâlnită, rareori fiind spontană.

Cu cât tratamentul este început mai devreme, cu atât rezultatele obținute sunt mai bune. Uneori spitalizarea se impune pentru aportul de mijloace terapeutice specializate, pentru asigurarea unei supravegheri medicale și pentru realizarea controlului audiometric.

Dată fiind instalarea progresivă a surdității profesionale, tratamentul nu este o urgență. Se impune în schimb scoaterea persoanei afectate din mediul cu zgomot, protezarea auditivă, schimbarea profesiei sau folosirea de căști de protecție, tratament cu vasodilatatoare și tratament cu medicație neurotrofică în cazul acufenelor sau chiar aparate auditive care maschează țiuitul.

Ca prognostic, în traumele sonore acesta este în general foarte bun. Instituirea rapidă a tratamentului poate duce la o refacere completă între 75% până la 100% din cazuri.

În traumele sonore acute prin expunerea la zgomote continue, prognosticul poate fi nefavorabil, iar scăderea de auz poate progresa chiar și în cazul aplicării rapide și corecte a tratamentului.

În traumele sonore prin expunerea profesională la zgomot, prognosticul este bun în sensul că scăderea de auz nu mai progresează în situația în care expunerea la zgomot se oprește.

Tratamentul profilactic vizează:

- cunoașterea, identificarea și evitarea zgomotelor ce induc trauma sonoră,
- folosirea dispozitivelor de protecție antifonică,
- protecția copiilor care sunt prea mici pentru a se proteja singuri,
- efectuarea unui examen ORL periodic clinic dar și audiometric, în cazul persoanelor cu risc.

Trauma sonoră poate afecta persoane de toate vârstele, atât din mediul urban dar și din cel rural.

Sfaturi practice pentru prevenirea traumei sonore:

- să nu se achiziționeze jucării zgomotoase pentru copii
- să nu se meargă cu copiii în discotecă, săli de concert, deoarece ei sunt mult mai predispuși la traume sonore și ei nici nu știu să semnalizeze apariția acestora
- să nu asculte muzica dată la maximum la căști
- să se poarte căști protectoare în cazul persoanelor care lucrează în zgomot
- persoanele care au urechea înfundată inexplicabil sau țiuie și nu își revine în 24 de ore, să se prezinte de urgență la un consult ORL

Disfagia asociată traumatismelor cervicale complexe

Traumatismele cervicale reprezintă o patologie complexă cu risc vital ridicat datorită numeroaselor structuri anatomice concentrate într-o zonă de dimensiuni relativ mici, fiind una dintre cele mai importante provocări diagnostice și terapeutice în camerele de gardă.



Dr. Daniel Mirea

Medic primar ORL, Spitalul
Universitar de Urgență Elias

Mortalitatea în traumatismele cervicale este de aproximativ 10%. Principala cauză de deces imediat este injuria vasculară, în timp ce leziunile tractului digestiv superior (faringe, esofag), deseori nerecunoscute inițial, reprezintă principala cauză de deces tardiv.

Din punct de vedere topografic, regiunea cervicală este împărțită în 3 zone (figura 1):

- **Zona 1** – situată inferior cartilajul cricoid. La acest nivel găsim artera carotidă comună, artera subclavie, artera vertebrală, ductul toracic, traheea și esofagul.
- **Zona 2** – situată între cartilajul cricoid și unghiul mandibulei. La acest nivel găsim arterele carotide (comună, externă, internă), vena jugulară internă, laringele și faringele. Este zona cea mai expusă traumatismelor.
- **Zona 3** – situată între unghiul mandibulei și baza craniului. La acest nivel găsim arterele carotide externă și internă, vena jugulară internă, faringele.

Bilanțul lezional este foarte important și trebuie făcut rapid în camera de gardă. Pot fi întâlnite leziuni vasculare (sângeri active sau hematoame tardive compresive), leziuni ale căii aeriene superioare (dispnee, aspirații în tractul respirator inferior), leziuni ale căii digestive superioare sau leziuni nervoase.

Tulburările de deglutiție în traumatismele cervicale pot să apară imediat sau tardiv prin:

- Lezarea directă a tractului digestiv (faringe, esofag)
- Hematoame compresive
- Lezarea nervilor cranieni implicați în procesul deglutiției (IX, X sau XII)

Deglutiția este un proces fiziologic care se desfășoară în 3 etape:

- Etapa orală – voluntară, presupune formarea bolului alimentar prin procesul de masticatie
- Etapa faringiană – involuntară, presupune progresia bolului alimentar din cavitatea orală către esofag. În această etapă, prin mișcarea laringelui superior către osul hioid și anterior se realizează orizontalizarea epiglotei care închide ca un capac aditusul laringian, astfel realizându-se protecția căilor aeriene inferioare împotriva aspirației (figura 2).

Tulburările deglutiției asociate traumatismelor cervicale au ca efect imposibilitatea temporară de nutriție pe cale fiziologică, orală. Nutriția acestor pacienți trebuie asigurată până la reluarea deglutiției fiziologice, pe sondă nasogastrică sau gastrostomă (clasică sau endoscopică percutană). Necesarul caloric zilnic trebuie să fie de 25 – 30 kcal/kgc/zi, cu un conținut proteic de 1,5 g/kgc/zi. Se preferă soluțiile de nutriție enterală cu efect imunomodulator (L arginină, nucleotide, glutamină, acizi grași polinesaturați tip omega 3) care accelerează vindecarea plăgilor și scad riscul de complicații infecțioase.

Cazul 1:

Pacient de sex masculin, 43 ani, se prezintă la Unitatea de Primiri Urgențe pentru plagă cervicală transfixiantă provocată de discul unui flex. Agentul traumatizant

a acționat în ax vertical, realizând secțiunea completă a axului laringian paramedian pe partea dreaptă (figura 3).

Bilanțul lezional efectuat urgent a evidențiat (figura 4):

- Pacient intubat direct prin plaga laringiană
- Secțiune completă paramediană dreaptă a axului laringian (aripa dreaptă a cartilajului tiroid, inelul cricoidian).
- Endolaringian s-a constatat secționarea epiglotei în sens vertical, secționarea corzii vocale și a benzii ventriculare drepte lateral de comisura anterioară

Intervenția chirurgicală a presupus traheotomie cu mutarea sondei de intubație la acest nivel, refacerea epiglotei și a ligamentului tiroepiglotic, refacerea corzii vocale și a benzii ventriculare de partea dreaptă, refacerea scheletului laringian prin sutura aripii cartilajului tiroid și a inelului cricoidian (figurile 5,6 și 7). Aspectul la finalul intervenției chirurgicale care a durat 3 ore este prezentat în figura 8.

Prin lezarea epiglotei, alimentarea orală a fost temporar sistată din cauza riscului de aspirație posibil prin disfuncția mecanismului de protecție a căii aeriene inferioare din faza faringiană a deglutiției. Nutriția s-a realizat pe sondă nasogastrică, menținută 8 zile. Proba de deglutiție efectuată în ziua a 7-a a arătat funcționarea normală a epiglotei, fiind astfel reluat mecanismul de protecție al căii aeriene inferioare. Canula traheală a fost menținută timp de 10 zile. Pacientul a venit lunar la control pentru a depista din timp o posibilă stenoză anterioară.

Cazul 2:

Pacient de sex masculin, 36 ani, se prezintă la Unitatea de Primiri Urgențe

VIVIDEO ENT Videoscope Solution

Performance Beyond Expectation

PENTAX
MEDICAL



pentru plagă transfixiantă cervicală autoprovoacă în scop suicidal.

Bilanțul lezional e evidențiat (figura 9):

- Pacient intubat endolaringian prin plagă
- Secțiune transversal a axului faringo-laringian
- Secțiunea completă a membranei tirohioidiene
- Secțiunea transversală a epiglotei
- Secțiunea mucoasei faringiene
- Intervenția chirurgicală a presupus traheotomie cu mutarea sondei de intubație, sutura epiglotei și refacerea ligamentului tiroepiglotic, refacerea continuității mucoasei faringiene (faringorafie), refacerea membranei tirohioidiene și a musculaturii subhioidiene (figura 10).

Nutriția pe cale orală a fost sistată atât din cauza existenței soluției de continuitate la nivelul mucoasei faringiene, cât și din cauza disfuncției temporare a mecanismului de protecție a căii aeriene inferioare prin secționarea epiglotei. Pentru asigurarea necesarului nutrițional zilnic am ales montarea unei gastrostome endoscopice percutanate, soluție recomandată atunci când alimentația orală este imposibilă pe perioade mai lungi de 3 săptămâni.

Concluzii:

Tulburările de deglutiție pot fi frecvent întâlnite în traumatismele cervicale complexe. Ele trebuie luate în considerare ori de câte ori există plăgi penetrante ale faringelui, dar și leziuni ale laringelui. Leziunile epiglotei pot determina disfuncția temporară a mecanismului de protecție a căii aeriene inferioare din faza a 2-a (faringiană) a deglutiției. Protecția căii aeriene inferioare se realizează prin montarea unei canule traheale cu balonaș și nutriție enterală pe sondă nasogastrică sau gastrostomă, până la reluarea procesului fiziologic al deglutiției. În absența acestor măsuri pot apărea bronhopneumonii de aspirație cu potențial evolutiv sever.

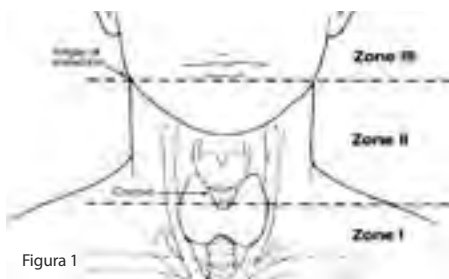


Figura 1

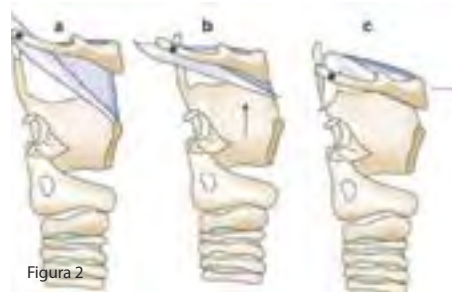


Figura 2



Figura 3

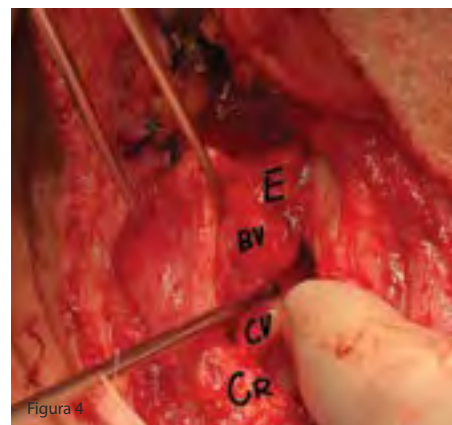


Figura 4



Figura 5

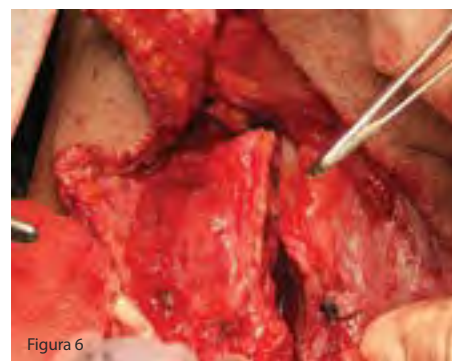


Figura 6



Figura 7



Figura 8





MEDFARM TRADING s.r.l. Bucuresti, str. Zefirului 21
 Importator / distribuitor autorizat aparatura medicala profesionala
 Consultanta proiecte / achizitii / ISO 9001:2015 / ISO14001:2015
 Service autorizat MS / Garantie / Postgarantie / Suport tehnic
 Achizitii din sistemul SEAP / SICAP / Experienta - proiecte / dotari la cheie



Sisteme videoendoscopie flexibile/rigide - diagnosticare / interventie / tratament
 Videolaringoscoape intubatie / reutilizabile / unica folosinta
 Aparatura diagnosticare si tratament / Microscoape ORL
 Audiometre / timpanometre / Spirometre
 Instrumentar de specialitate - inox sau de unica folosinta
 Mobilier si accesorii consumabile
 Sterilizare - autoclave / sterilizatoare cu aer uscat / accesorii sterilizare



Reprezentant autorizat in Romania (distributie / service):
 ECLERIS (USA) sisteme endoscopie rigida / flexibila
 AOHUA Photoel. video endoscopie flexibila
 HUGEMED (PRC) video endoscopie intubatie / reutilizabila sau de unica folosinta
 KAWE GmbH (Germ) otoscoape / diapazoane / accesorii
 CAMI (Italia) aspiratoare chirurgicale, aerosoli
 AMPLIVOX (Anglia) audiometre screening / diagnostic, timpanometre
 NEWMED (Italia) sterilizatoare cu abur / aer uscat / accesorii
 SCHRODER (Turcia) mobilier medical de specialitate
 AKX YKEDA (PRC) sisteme endoscopie / camere endo / surse de lumina
 TIANSONG (PRC) endoscoape rigide / instrumentar endoscopic

- + consultanta la achizitii
- + suport tehnic / instruire personal
- + service autorizat
- + finantare



REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI: RINOCLENIL 100 µg/doza spray nazal, suspensie. **2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ:** 100 ml spray nazal, suspensie, conțin dipropionat de beclometazon 77.00 mg. Excipient cu efect cunoscut: clorură de benzalconiu 27.00 mg. Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICĂ:** Spray nazal, suspensie, Suspensie albă, opalescentă. **4. DATE CLINICE:** **4.1. Indicații terapeutice:** Profilaxia și tratamentul rinitelor sezoniere, perene și vasomotoare. **4.2. Doze și mod de administrare:** Adulți și copiii peste 6 ani: două pufuri în fiecare narină o dată pe zi. La copiii se consideră o schemă de administrare cu o doză fracționată respectiv un puf în fiecare narină de 2 ori pe zi. Efectul acțiunii nu este imediat iar pentru beneficiul terapeutic maxim este recomandat utilizarea cu regularitate timp de mai multe zile. Produsul nu se va administra la copiii cu vârsta sub 6 ani. **4.3. Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1; infecții tuberculoase și infecții locale virale sau fungice; opii cu vârsta sub 6 ani. În general este contraindicat în sarcină și în perioada de lactație (vezi pct. 4.6.). **4.4. Atenționări și precauții speciale pentru utilizare.** La administrare în specia la utilizarea produselor de uz topic pe termen îndelungat pot apărea fenomene de sensibilizare și în mod excepțional reacții adverse sistemice al acestei categorii de produse. În acest caz este necesar să se întrerupă tratamentul și să se instituie terapia corespunzătoare. La copii dacă tratamentul este prelungit cu corticosteroizi se recomandă să se verifice perioada de creștere. Rinoclenil poate controla în cele mai multe cazuri rinitele alergice, sezoniere, stimularea crescută anormală a agenților alergeni putând necesita o suplimentare a terapiei, în special pentru a controla simptomele oculare. Este necesar să se ia măsuri la pacienții care trec la terapia cu steroizi sistemici la Rinoclenil dacă există suspiciuni de insuficiența funcției suprarenale. În caz de infecții bronșice sau bronhoree abundentă este necesar un tratament adecvat pentru a permite difuzia optimă în căile respiratorii. Se recomandă precauție în cazul pacienților cu glaucom, ulcere sau afecțiuni oto-rino-laringologice. Trebuie controlată tehnica de inhalare a pacientului pentru a fi siguri că acțiunea aerosolului se sincronizează cu inspirația, asigurând eliberarea optimă a medicamentului în căile respiratorii. Rinoclenil conține clorură de benzalconiu, care la doze de peste 10 µg/doză administrată poate provoca bronhospasm. **4.5. Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune.** Nu se cunosc. **4.6. Fertilitatea, sarcina și alăptarea.** În cazul sarcinii produsul va fi administrat numai în cazul în care este absolut necesar sub stricta supraveghere medicală. Nu există date suficiente care să ateste siguranța utilizării de beclometazon dipropionat în timpul sarcinii la om. În cazul funcției reproductive la animale, numai după expunerea la o doză ridicată apar efecte adverse tipice corticosteroizilor. Oricum aplicarea nazală de beclometazon dipropionat evită un înalt risc de expunere. Utilizarea produsului în timpul sarcinii se ia în considerare numai după evaluare beneficiilor și a posibilelor riscuri asupra fătului. Produsul s-a utilizat pe parcursul mai multor ani fără apariția unor efecte adverse dăunătoare. Este normal să luăm în considerare că dipropionatul de beclometazon este excretat în laptele matern dar la doza utilizată pentru aplicare nazală prezența unei concentrații semnificative în laptele matern este puțin probabilă. Oricum utilizarea de dipropionat de beclometazon în timpul perioadei de lactație necesită evaluarea ratei risc – beneficiu atât pentru mama cât și pentru copil. **4.7. Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje.** Nu sunt relevante. **4.8. Reacții adverse.** Reacțiile adverse sistemice sunt puțin probabile datorită dozelor scăzute utilizate. Cu toate acestea, o atenție deosebită se acordă utilizării prelungite a produsului menținând pacientul în strictă supraveghere pentru a detecta din timp posibilele efecte sistemice (osteoporoza, ulcerul peptic, manifestări clinice secundare insuficienței corticosuprenale cum sunt hipotensiune arterială și scăderea ponderală). Ca și pentru alte preparate nazale pot apărea arsuri topice, iritații, uscarea mucoasei și rareori epistaxis. În cazuri foarte rare s-a raportat perforarea septului nazal în urma aplicării nazale a corticosteroizilor. De asemenea în cazuri rare creșterea tensiunii intraoculare și glaucom au fost asociate cu aplicarea de dipropionat de beclometazon. Ocazional, pot să apară micoze (candidoze) la nivelul cavității orofaringiene, care, în general, dispar prin tratament local antimicrobic fără întreruperea tratamentului. Apariția frecventă a acestor infecții, poate fi prevenită prin clătire cu apă a cavității bucale după fiecare administrare. De asemenea, au fost raportate foarte rar, reacții alergice cum sunt erupții cutanate, urticarie, prurit, edem al pleoapelor, ochilor, feței gurii și faringelui. Ca și în cazul administrării inhalatorii a altor medicamente, poate să apară bronhospasm paradoxal. **Reportarea reacțiilor adverse suspectate:** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1, București 011478-RO, Tel: + 4 0757 117 259, Fax: +4 0213 163 497, email: adr@anm.ro. **4.9. Supradozaj:** Administrarea unor doze ridicate de beclometazon dipropionat pe o perioadă scurtă poate duce la supresia funcției hipotalamo-hipofizo-corticosuprenale. În acest caz doza de Rinoclenil va fi redusă imediat la doza recomandată. **5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE.** **5.1. Proprietăți farmacodinamice:** Grupa farmacoterapeutică: decongestionante și alte preparate nazale de uz topic, corticosteroizi, codul ATC: R01AD01. Rinoclenil conține beclometazon-17,21-dipropionat ca substanță activă, cortizonic cu acțiune antiinflamatoare și antialergică. Beclometazonul dipropionat (BDP) este un corticosteroid sintetic de uz topic cu o activitate antiinflamatoare puternică, cu activitate mineralcorticoidă redusă și efecte sistematice nesemnificative. În testele de vasoconstricție cutanată în conformitate cu McKenzie, BDP este de 5000 de ori mai activ decât hidrocortizonul, de 625 de ori mai activ decât beclometazon alcool, de 5 ori mai activ decât flucinolone acetonide și de 1,39 mai activ decât beclometazon valerat. Produsul are o activitate antiinflamatoare intensă și de lungă durată în urma edemelor provocate de uleiul de croton, caraghén având o eficacitate superioară celorlalți corticosteroizi. Nu s-a demonstrat activitate timolitică, plenolitică sau mineralcorticoidă și nu inhibă axa hipofizo-corticosuprenală chiar după administrarea repetată dacă se respectă dozele recomandate. **5.2. Proprietăți farmacocinetice.** BDP administrat prin aplicare nazală se depune în special la nivelul narinelor și asadar este caracterizată de o acțiune locală și nu este asociată cu efecte sistemice semnificative. După inhalare, o parte din doza administrată este înghițită și eliminată prin fecale. Frația absorbită în circulație este metabolizată pe cale hepatică în monopropionat și beclometazon alcool apoi excretat sub formă de metaboliți inactivi în bilă și urină. **5.3. Date preclinice de siguranță:** Pe cale orală, la șoareci și șobolani, valorile DL 50 este mai mare de 3000 mg/kg. La șoareci și șobolani expunerea la nebulizare cu o concentrație de 149 mcg/dl pentru 9 minute a fost bine tolerată; în aceeași măsură a fost tolerată la șobolan după nebulizarea a 51,6 mcg/dl beclometazon dipropionat timp de 2 ore. Administrarea prin inhalare la câini pentru un an a unor doze mai mari decât cele terapeutice nu a produs tulburări la nivelul căilor aeriene. Beclometazonul dipropionat administrat la șobolani nu a evidențiat efecte fetotoxice sau teratogene chiar la doze mai mari de 10 ori decât cele terapeutice. **6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE.** **6.1. Lista excipienților:** Polisorbat 20, celuloză microcristalină, carboximetilceluloză sodică, clorură de benzalconiu, alcool feniletilis, glucoză monohidrat, apă purificată. **6.2. Incompatibilități.** Nu se cunosc. **6.3. Perioada de valabilitate:** 3 ani. **6.4. Precauții speciale pentru păstrare:** A se păstra în ambalajul original. **6.5. Natura și conținutul ambalajului:** Cutie cu un flacon din PET, de culoare brună, cu capacitatea de 35 ml, a 30 ml (200 doze) spray nazal, suspensie, prevăzut cu pompă dozatoare din polietilenă. **6.6. Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor: Fără cerințe speciale. Instrucțiuni pentru utilizare:** A se agita puternic flaconul înainte de fiecare administrare. Mai mult decât atât, înainte de începerea terapiei este recomandat să se îndepărteze capacul protector (2) și inelul protector (3) și se acționează pompa (4) pentru a declanșa mecanismul de nebulizare. Se continuă după cum urmează: 1. se curăță nasul cu grijă; 2. se îndepărtează capacul protector; 3. se îndepărtează inelul protector care blochează pompa; 4. se ține flaconul în poziția ilustrată în figura de mai jos; se acționează repetat pompa în așa fel încât să pornească mecanismul de nebulizare până se obține aerosolul; 5. se poziționează aplicatorul nazal într-o nară închinzând cu un deget cealaltă nară; se respiră și se presează în același timp vârful aplicatorului nazal, cum este ilustrat în figura de mai jos. În acest mod se eliberează exact o singură doză de substanță activă; se repetă aceeași operațiune în cealaltă narină. 6. după utilizare se închide cu capacul protector și inelul protector. După mecanismul de acționare este obstrucționat, se clătește cu grijă cu apă caldă fără să se intervină cu obiecte ascuțite. **7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIATĂ: CHIESI FARMACEUTICI S.p.A., Via Palermo 26/A, 43100 Parma, Italia. 8. NUMĂRUL(E) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIATĂ: 12365/2019/OI. 9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI:** Data ultimei reînnoiri a autorizației: August 2019. **10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI:** August 2019. Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe website-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale <http://www.anm.ro>. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale <http://www.anm.ro>.

Material destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Chiesi România SRL – Str. Venezuela nr. 10,
sector 1, 011834 – București – România
Tel +40 21 202 36 42 – Fax +40 21 202 36 43
www.chiesi.ro – www.chiesi.com

002/CR/RINOCLENIL/03-2021

Până la **50 DE ZILE DE TRATAMENT**
pentru **PROFILAXIA** și **TRATAMENTUL**
RINITEI ALERGICE și **RINITEI NON-ALERGICE**

Pentru toată familia
începând de la 6 ani
Indiferent de anotimp



RinoClenil 100

beclometazonă 100 µg/doză • spray nazal • suspensie

Material destinat profesioniștilor
din domeniul sănătății.

Chiesi România SRL – Str. Venezuela nr. 10,
sector 1, 011834 – București – România
Tel +40 21 202 36 42 – Fax +40 21 202 36 43
www.chiesi.ro – www.chiesi.com

002/CR/RINOCLENIL/03-2021

Tinitusul, tot mai aproape de a fi deslușit

Tinitusul sau acufenele, cunoscute și poate experimentate temporar ori definitiv de mulți oameni, reprezintă sunete auzite de o persoană fără ca acestea să existe obiectiv și pentru cei din jur, neplăcute sau obositoare și cu diverse moduri de prezentare. Denumirea tinitus provine din latinul tinnitus, acufene este denumirea din limba franceză pentru același simptom.



Dr. Lukacs-Juncu Alice

Medic primar ORL, Târgu Mureș

Pentru că este subiectiv, adică nu există o metodă personalizată obiectivă prin care medicul să îl poată cuantifica, modul de explicare a acestuia depinde de descrierea pacientului și de atenția și persuasiunea medicului, nefiind în general o certitudine a primei consultații.

Discuția se inițiază cu medicul ORL, uneori otoscopia rezolvă problema, tinitusul poate fi datorat unui dop de cerumen sau epidermic ce va fi îndepărtat și pacientul imediat va spune bucuros că s-a oprit zgomotul. Alteori se evidențiază fenomene inflamatorii ori infecțioase locale - otita externă sau diverse forme de otită medie și se va realiza tratamentul adecvat, după vindecare se va remite sunetul neplăcut. Acest fapt va fi constatat la consultații de control, după ce membrana timpanică își recapătă toate aspectele normalității - culoare, transparență, reflex luminos.

Tinitusul pe o ureche otoscopic sănătoasă începe să fie o problemă de diagnostic și tratament.

Medicul ORL va recomanda audiograma tonală liminară, timpanograma și reflexul acustic, dacă e posibil și otoemisiuni acustice. La aceste investigații vor putea fi depistate cauze suplimentare ORL, cum ar fi o scădere de auz de exemplu de tip trauma sonoră cu scădere caracteristică pe 4 KHz, formând V-ul caracteristic pe graficul audiogramei sau o scădere evidentă în zona 4-8 KHz, ce va fi corelată anamnetic unor cauze specifice - muncă în zgomot industrial, mediul militar, vânătoare, expunere la boxe la concertele, restaurante, discoteci, petarde, explozii. O scădere unilaterală de auz neurosenzorială alături de tinitus unilateral ridică suspiciunea unei afecțiuni de nerv sau neurologice și se va completa cu imagistică pentru conductul auditiv intern, cerebral, coloană cervicală. Scăderile de auz genetice sau presbiacuzia vârstnicilor pot fi însoțite de tinitus.

Tinitusul este adesea o formă de manifestare a bolilor cardiovasculare, fiind un sunet datorat trecerii sângelui prin zone de vase îngustate, rigidizate, asemenea unei clepsidre cu turbulență. Am întâlnit pacienți care la cca 2-3 ani după un tinitus de tip vascular stg au avut infarct miocardic. Sunetele de tip vascular sunt adesea pulsatile sincron pulsului, dar pot fi și șuierat, văjăit, zgomot de fond de radio ș.a. Dacă există suspiciune vasculară - mai ales la persoane peste 50 de ani, cu tulburări metabolice - creștere în greutate, lipsa

exercițiului fizic, creșteri prelungite de colesterol și trigliceride - este necesar consult neurologic cu Eco Doppler cervical și consult cardiologic cu Eco Doppler cardiac, reevaluare analize biochimie, tratament și dietă. O îngustare deja de 20-30% la ecografia vaselor gâtului poate fi cauza tinitusului și va necesita tratament vascular și supraveghere. Un rezultat Doppler peste 50% stenoze necesită deja explorări cardiovasculară și la peste 70% stent pe vasul stenozat.

Tinitusul înalt, țuiit, sunetul de rețele de înaltă tensiune, țânțar etc. la o persoană de sex feminin peste 50 de ani, fără modificări metabolice, poate sugera o afectare degenerativă și se va obiectiva o spondiloză cervicală, osteoafiți sau alte semne de tip inflamator cronic din sfera reumatologică artrită reumatoidă, artrită temporomandibulară, ș.a.

Tinitusul cu diverse sunete și cu o scădere moderată de auz pe frecvențele medii la o persoană de cca 30-40 ani de sex feminin uneori cu debut în travaliul unei sarcini, cu antecedente de hipoacuzie în familie, mai ales pe linie feminină va fi investigat pentru otoscleroză prin audiogramă tonală liminară, timpanogramă și reflex acustic.

Pentru că frecvența bolilor autoimune este în creștere este de avut în minte mai ales la maturi tineri aceas-

tă cauză tot mai bine diagnosticată în ultimii ani, se pot cere cât de cât țintit câteva investigații specifice - anticorpi antitirodieni, antinucleari, anticorpi HSP-70, determinarea de complexe imune circulante. Se citează tot mai des procese autoimune în urechea internă.

Tinitusul este asociat unor efecte adverse medicamentoase - din anamneză depistăm tratamente cu ototoxice antibiotice sau tratamente ale bolilor cronice și verificăm împreună cu pacientul sau îi cerem să citească prospectele și să sublinieze efectul tinitus, care poate fi regăsit pe mai multe preparate și vom solicita medicului curant (cardiolog, oncolog, nefrolog, medic de familie ș.a.) schimbarea medicamentului dacă e posibil. Medicația ototoxică poate afecta deopotrivă pragurile auditive și să determine tinitus.

Unele infecții virale pot determina tinitus, virusul Coxsackie B a fost incriminat prin prezența anticorpilor. S-a constatat ca simptom în boala Lyme, infecția cronică latentă cu Borelia.

Tinitusul de tip muzică la persoane de peste 70-80 de ani se asociază în general cu leucoaraioză și atrofi corticilă și se solicită tratament psihiatric.

Neurologii au investigat și sursa cerebrală a halucinațiilor auditive prin imagistică modernă urmărind diferențele de flux sanguin și activitate neurală între stări de tinitus puternic sau slab. S-a constatat în cortexul opus urechii cu tinitus activitate neurală, spre deosebire de cazurile la care a fost dat un sunet real unilateral și s-a înregistrat răspuns cortical bilateral, concluzionând că tinitusul apare în sistemul auditiv central.

Tinitusul este diagnosticat tot mai frecvent și la tineri, ceea ce implică și factori sociali, de dietă, stil de viață. Stresul, rolul stărilor anxioase - depresive sunt recunoscute în literatură.

Să nu neglijăm și posibilitatea unor cauze multiple de tinitus, după o victorie inițială prin depistarea cauzei și tratament vom reevalua periodic pacientul.

În cazul în care tinitusul este asociat cu pierderea auzului, un aparat auditiv poate ameliora simptomele. Un dispozitiv de mascare care produce sunete diferite poate ascunde tinitusul. Aparatele auditive utilizează terapia sunetelor pentru mascarea tinitusului prin distragerea atenției tale de la zgomotele provocate de acesta.

În cabinetele Romsound, specialiștii noștri vă așteaptă pentru o consiliere profesională gratuită și eficientă în vederea combaterii tinitusului.

Bibliografie:

Western Blot Immunoassay for HSP-70 Antibodies in Idiopathic Tinnitus: A Preliminary Report- Marina Savastano, Marilena Celadin, Marina Pittoni et al., PubMed March 1, 2006 Research Article

Tinnitus and Coxsackie B infections: A case series Langguth, Berthold; Stadlaender, Hans; Landgrebe, Michael; Elgoyhen et al. 12/2007 Maghira and Maas Publications

The functional neuroanatomy of tinnitus -Alan H. Lockwood, Richard J. Salvi August 1, 1998 American Academy of Neurology

Latent Lyme neuroborreliosis. Presence of Borrelia burgdorferi in the cerebrospinal fluid without concurrent inflammatory signs H-W. Pfister, V. Preac-Mursic, B. Wilske et al. American Academy of Neurology august 1989

Prevalence of and Risk Factors for Tinnitus among Adolescents in an Urban Environment. Doctoral Dissertation, Milena S. Tomanic Belgrad 2021



Să ne auzim mai bine...

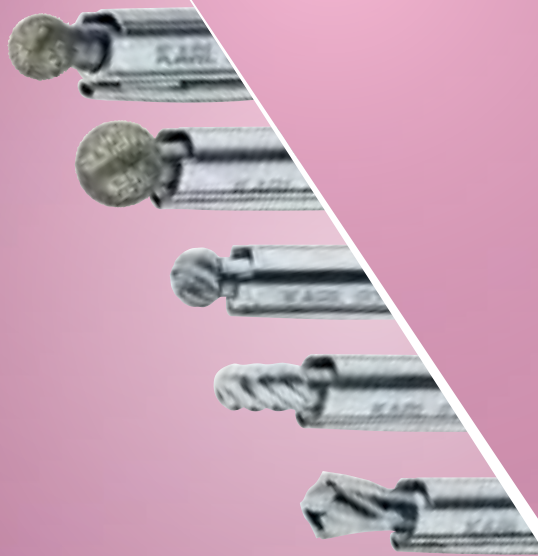
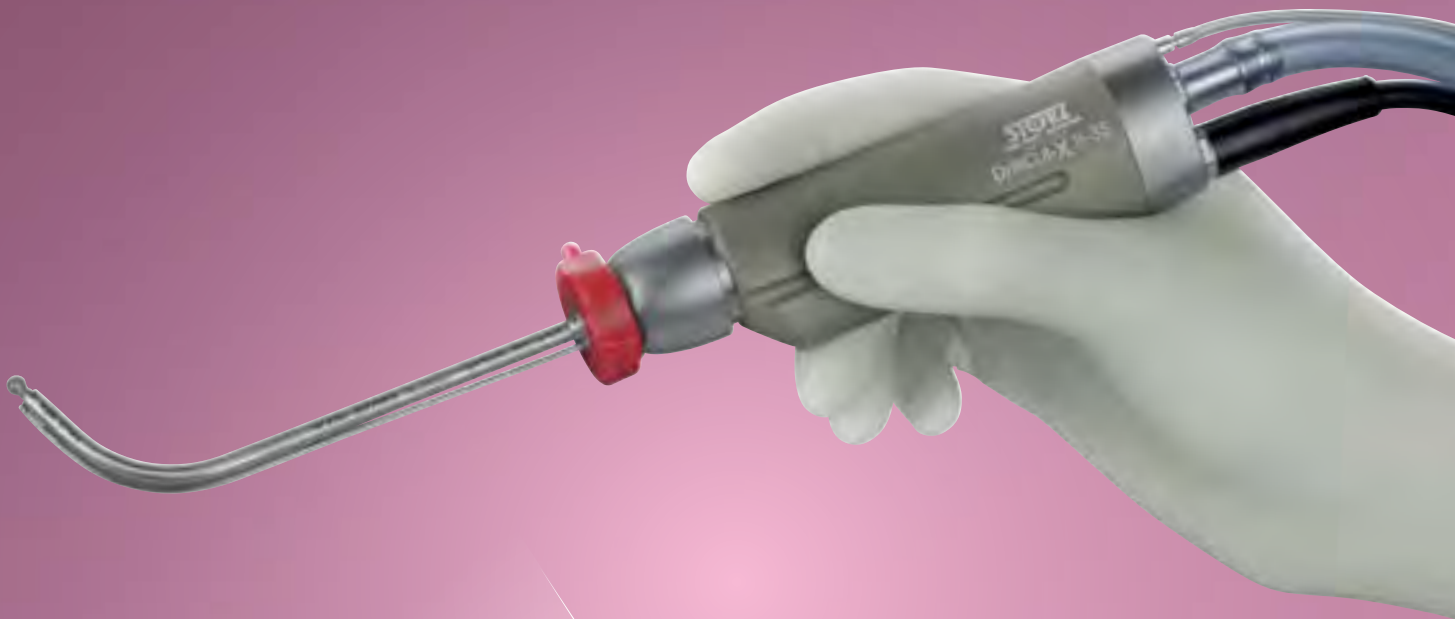
Vă oferim **consiliere și testare gratuită** dacă aveți probleme de auz!

Programați-vă azi într-unul din centrele **Romsound**.

Beneficiați de următoarele servicii:

- Audiometrie
- Aparatură auditivă
- Consiliere pentru probleme de auz
- Service și accesorii aparatură auditivă.

www.romsound.ro **0365 917** office@romsound.ro



HNO 109 2.0 12/2019/A-E-RO

The New DrillCut-X[®] II-35

- With up to 35,000 rpm
- One handpiece for shaver blades and sinus burrs

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ SE & Co. KG, Dr.-Karl-Storz-Straße 34, 78532 Tuttlingen/Germany
KARL STORZ Endoscopia Romania srl, Str. Prof. Dr. Anton Colorian, nr. 74, Sector 4, Bucuresti/Romania
www.karlstorz.com